

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

DIPLOMSKA NALOGA

KARMEN KOREN

Izola, 2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**PRISOTNOST STIGME DO OSEB Z DUŠEVNO
MOTNJO MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI**

**THE PERSENCE OF STIGMA TOWARDS PERSONS WITH
MENTAL DISORDERS AMONG HEALTH CARE WORKERS**

Študent: KARMEN KOREN

Mentor: Dr. VESNA ČUK, viš. pred.

Somentor: Mag. MIRKO PROSEN, viš. pred.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, 2014

KAZALO VSEBINE

| | |
|---|-----|
| KAZALO PREGLEDNIC..... | III |
| POVZETEK | IV |
| ABSTRACT | V |
| 1 UVOD | 1 |
| 2 NAMEN, CILJ, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA | 2 |
| 2.1 Metoda dela | 2 |
| 3 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE | 3 |
| 3.1 Duševno zdravje in duševna bolezen..... | 3 |
| 3.1.1 Dejavniki tveganja za nastanek duševnih motenj..... | 4 |
| 3.1.2 Klasifikacija duševnih bolezni | 5 |
| 3.1.3 Najpogostejše duševne motnje | 6 |
| 3.1.4 Pogostost duševnih motenj v Sloveniji | 10 |
| 3.2 Stigma do oseb z duševnimi motnjami | 10 |
| 3.2.1 Zgodovina razvoja psihiatrije in odnosa do oseb z duševnimi motnjami | 10 |
| 3.2.2 Psihiatrija v Sloveniji nekoč..... | 13 |
| 3.2.3 Pomen stigme | 14 |
| 3.2.4 Vzroki za stigmatiziranje oseb z duševnimi motnjami..... | 15 |
| 3.2.5 Stigmatizacija posameznih duševnih motenj in oseb z duševnimi motnjami | 16 |
| 3.3 Odnos družbe do oseb z duševno motnjo..... | 19 |
| 3.3.1 Vpliv stigme na vsakdan osebe z duševnimi motnjami | 24 |
| 3.4 Zdravstveni delavci in osebe z duševno motnjo | 26 |
| 3.4.1 Zdravstveni tim v psihiatriji | 26 |
| 3.4.2 Pacienti z duševno motnjo v psihiatrični obravnavi | 27 |
| 3.4.3 Zdravstveni delavci in njihov odnos do oseb z duševnimi motnjami..... | 28 |
| 3.5 Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja | 30 |
| 3.5.1 Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege po svetu in v Sloveniji..... | 30 |
| 3.5.2 Pomen terapevtske komunikacije v zdravstveni negi..... | 32 |
| 3.5.3 Vloga medicinske sestre na področju psihiatrije in duševnega zdravja..... | 33 |
| 3.5.4 Problematični odnosi medicinskih sester do oseb z duševnimi motnjami..... | 34 |
| 3.6 Destigmatizacija oseb z duševno motnjo v zdravstveni negi..... | 36 |
| 3.6.1 Pomen izobraževanja zdravstvenih delavcev pri destigmatizaciji oseb z duševnimi motnjami..... | 37 |

| | | |
|---|--------------------------|----|
| 4 | PREDLOGI IZBOLJŠAV | 40 |
| 5 | ZAKLJUČEK..... | 42 |
| 6 | LITERATURA | 43 |

KAZALO PREGLEDNIC

| | |
|---|----|
| Preglednica 1: Zmote o shizofreniji..... | 17 |
| Preglednica 2: Miti in dejstva povezani z duševnimi motnjami..... | 20 |

POVZETEK

Duševne motnje spremljajo človeka skozi celotno zgodovino in lahko doletijo prav vsakega izmed nas. Motnje, ki se pojavljajo v mišljenju, čustvovanju in vedenju negativno vplivajo na osebe z duševnimi motnjami v vsakdanjem življenju. Omenjene osebe so zaradi duševnih motenj pogostokrat izpostavljene negativnim odnosom s strani širše družbe. V diplomski nalogi smo pozornost namenili preučevanju odnosa, ki ga ima sodobna družba do oseb z duševnimi motnjami. Zanimalo nas je tudi, kakšno mnenje in odnos ima zdravstveno osebje do njih. Dotaknili smo se teme, ki proučuje, kaj lahko storimo za izboljšanje odnosa in destigmatizacijo oseb z duševnimi motnjami, predvsem s strani zdravstvenih delavcev. Skozi pregled literature smo ugotovili da je odnos, ki ga ima družba do oseb z duševnimi motnjami, predstavljen kot poln strahu, diskriminacije in obsojanj. Ugotovili smo, da so osebe z duševno motnjo izpostavljene stigmatizaciji in podcenjevanju, kar vpliva tudi na njihovo samopodobo. V nadaljevanju se je izkazalo, da ima tako družba, kot tudi zdravstveni delavci negativna mnenja in odnose do oseb z duševnimi motnjami, kar lahko negativno vpliva na njihovo obravnavo. Zdravstveno osebje se namreč premalo zaveda pomena terapijskega odnosa, ki je pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami zelo pomemben. Da bi se odnosi do omenjenih oseb izboljšali, se uporabljajo razne oblike in strategije izobraževanj. Menimo da bi bilo potrebno zdravstvene delavce dodatno in pogosteje izobraževati o pomenu terapijskega odnosa, zlasti takrat, ko so ti še študentje in se priučujejo svojega poklica.

Ključne besede: duševna motnja, stigma, družba, zdravstvena nega, izobraževanje.

ABSTRACT

Mental disorders have been part of human life throughout history and can affect anyone. Disorders in thinking, feeling and behaviour have a negative effect on people with mental disorders in their everyday life. These people are often exposed to negative attitude from the society due to their mental disorders. In this thesis we focused on studying the attitude of modern society towards people with mental disorders. We were also interested in the opinion and attitude of health care professionals towards those people. We briefly discussed how the attitude of health care professionals might improve and how to destigmatize people with mental disorders. While reviewing the literature, we ascertained that the attitude the society has towards people with mental disorders is full of fear, discrimination and prejudice. We found out that people with mental disorders are exposed to stigmatization and underestimating which also affects their self-image. Further on it was proved that society, as well as the health care professionals have a negative approach and a discriminating opinion towards people with mental disorders which can have a negative effect on their treatment. Health care providers are not sufficiently aware of the importance of therapeutic relationship between them and their patients with mental disorders. To improve that type of relationships several forms and strategies of training are being used. We believe it is necessary for health care professionals to receive additional and more frequent education about the importance of therapeutic relationship, especially at the time when they are still students and at the beginning of their profession.

Key words: mental disorder, stigma, society, nursing care, education.

1 UVOD

Če duševno zdravje opredeljujemo kot stanje odsotnosti bolezni in občutke ugodja, nam duševna bolezen predstavlja doživljanje tesnobe, strahu in izkrivljeno doživljanje realnega sveta (1). O duševnih boleznih so pisali že v 4. stoletju pred našim štetjem v antiki (2), v srednjem veku je veljalo da je "nor" človek obseden z zlimi duhovi, bil je zasramovan, stigmatiziran (3). Goffman (4) navaja, da je to termin starih Grkov, ki se nanaša na telesne znake, ki so bili vžgani ali vrisani v telo omadeževane osebe. Stigma pomeni označenje določenih ljudi za drugačne v smislu, da so manjvredni spoštovanja od drugih, posledica tega pa sta odklanjanje in izogibanje teh (5). Tako se predsodki in miti, da so osebe z duševno motnjo nevarne, nepredvidljive kljub nasprotnim dokazom ohranjajo kot splošna prepričanja o ljudeh z duševnimi motnjami, (6) zato pa so krivi tudi današnji mediji, ki s svojo vsebino prikazujejo osebe z duševno motnjo kot nevarne, navaja Švab (7). Iz pričevanja oseb z izkušnjo duševne stiske in psihiatrične diagnoze spoznamo, da se njim in njihovim bližnjim ustvari negativna identiteta (8). Pri izvajanju pomoči mnogokrat prav družinski člani delajo napake, ko v znak požrtvovalnosti prevzemajo celotno skrb zanje in tako dosežejo le njihovo odvisnost od sebe (9) in nenehno skrb, kot na primer matere otrok z motnjo pozornosti in hiperaktivnostjo, ki se bojijo socialne izključenosti svojih otrok zaradi njihovega asocialnega vedenja v družbi, navaja tuja raziskava (10). Liden in Kavanagh (11) navajata, da se odnos strokovnjakov do pacientov s shizofrenijo od splošne populacije razlikuje le malo, ker se tudi ti želijo distancirati od njih. Svoje delo pogostokrat dojemajo kot neuspešno, saj delajo z nevarnimi pacienti, ki so manipulativni, nadležni, manj zaželeni (12). Pacienti zaznavajo negativen odnos, provokativnost in nedostopnost s strani strokovnih delavcev (13) in v takih situacijah se ne vzpostavi terapevtska komunikacija, predvsem zato, ker so pacienti s strokovnimi delavci v pasivnem položaju; ti jih opisujejo tako, kakor jih sami dojemajo, ne tako, kakor navaja pacient. Pogosto jih etiketirajo s slabšalnimi oznakami in spregledajo veliko znakov ter simptomov duševnih motenj in so mnenja, da niso kos obremenitvam ter krizam v svojem vsakdanjem življenju (14). Osebe z duševno motnjo tako stalno spremljajo razne oblike negotovosti; kako bo družba sprejela njihovo motnjo, kako se bo njihovo življenje zaradi te spremenilo, kako bo to vplivalo na njihov ugled, in kako se bodo sami zmogli soočiti z težavami, ki jih prinaša motnja (15).

2 NAMEN, CILJ, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Namen naloge je s pomočjo pregleda domače in tuje literature preučiti pojav stigme do oseb z duševnimi motnjami skozi makro in mikro družbeni vidik. V okviru slednjega pa proučiti pojav stigmatizirajočega odnosa pri zdravstvenih delavcih, ki se nanaša na omenjeno populacijo. Cilj diplomske naloge je odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen je odnos družbe do osebe z duševno motnjo?

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšen je odnos zdravstvenega osebja do oseb z duševno motnjo?

Raziskovalno vprašanje 3: Kako lahko stroka zdravstvene nege vpliva na destigmatizacijo oseb z duševnimi motnjami?

Glede na ugotovitve je končni cilj diplomske naloge podati predloge izboljšav, ki bi prispevale k zmanjšanju stigme s strani zdravstvenega osebja.

2.1 Metoda dela

Uporabili smo opisno metodo raziskovanja in pregled ter analizo literature. Osrednje raziskovalno delo je pregled znanstvene in strokovne literature ter primerljivih raziskav s področja psihiatrije, psihologije, sociologije, socialnega dela in zdravstvene nege. Do literature smo dostopali s pomočjo podatkov bibliografske – kataložne baze podatkov virtualne knjižnice Slovenije Cobiss in baze podatkov, dostopnih na Univerzi na Primorskem, Fakulteti za vede o zdravju (CINAHL, Ebrary in ProQuest). Vključili smo strokovno literaturo, ki je dostopna v knjižni obliki po Sloveniji, in internetne vire, dostopne preko spletnega iskalnika Google, dostopne članke s polnim besedilom in povzetke. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede: duševna bolezen, stigma, družba, zdravstvena nega, izobraževanje v slovenskem jeziku, v angleškem jeziku: mental illness, stigma, society, nursing, education. V večini je bila pregledana literatura objavljena med leti 2001 in 2013. V končno analizo je bilo zajetih 46 virov iz domače in tuje literature.

3 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE

V nadaljevanju osrednjega poglavja so predstavljeni duševno zdravje in duševne bolezni, pogledi nanje, predstavljeni so vzroki zanje ter najpogostejše duševne motnje.

3.1 Duševno zdravje in duševna bolezen

Tudi duševno zdravje je eno izmed kategorij, ki spada pod pojmovanje zdravja. Zdravje v splošnem zajema širok spekter življenjskih izkušenj in praks, ki pa se skozi čas glede na kulturno ideologijo spreminja in je pravzaprav še nedefinirano, medtem ko je pojem bolezni omejen na opozicijo zdravju, z njo pa se ukvarja veliko strokovnjakov ter raziskovalcev (15).

Duševno zdravje je opredeljeno kot stanje odsotnosti bolezni ali stanje dobrega počutja (1, 16). Kogovšek in Škerbinek (1) navajata, da stanje neugodja, strahu, odtujitve od sebe imenujemo duševni stres in je večini dobro poznan, duševno bolezen pa prepoznamo, ko ti občutki dosežejo tesnoba ter izkrivljeno doživljanje realnega sveta.

Erzar (16) je mnenja, da je definiranje duševnih bolezni močno vpleteno v kulturni, socialni, čustveni in doživljajski svet posameznika ter da je nerealno pričakovati, da se bo kdaj našla dokončna definicija zanje. Erzar (16) in Mrevlje (17) navajata, da se izraz duševna motnja nanaša na vse duševne motnje, ki jih lahko diagnosticiramo in za katere so značilne spremembe v mišljenju, čustvovanju, razpoloženju, vedenju in ovirajo posameznikovo delovanje.

Lamovec (18) opisuje, da pojem bolezni, bodisi telesne bodisi duševne, predstavlja odklon od norme. Kakšne so norme pri duševni bolezni, je težko opredeliti, saj ne moremo specifično določiti njenih zahtev. Ule (15) opozarja, da so diskusije o tem, kaj je normalno in kaj patološko, v povezavi z zdravjem in boleznijo kulturni konstrukti in so močno povezani z družbenimi, političnimi ter ideološkimi sistemi.

Tako Erzar (16) kot Lamovec (18) podobno opredelita, da pri duševni bolezni ne moremo najti nobenih sprememb v celicah ali tkivih, ki bi bile značilne zanje, saj simptomi duševne

bolezni temeljijo na obnašanju, čutenju, zaznavanju, govoru, prepričanjih, verovanjih in doživetjih ljudi, ki o njih pripovedujejo. Lamovec (18) poleg tega navaja, da samo odkrivanje duševnih motenj predstavlja drugačen pristop do identificiranja teh in posledično tudi odnosa do njih. Različni avtorji (16, 17, 19), ki opisujejo duševne motnje, podobno ugotavljajo, da spremembe v duševnosti negativno vplivajo na posameznikovo vsakdanje delovanje. Te vplivajo na zmanjšano zmožnost soočanja z resničnostjo in reševanje vsakodnevnih problemov.

3.1.1 Dejavniki tveganja za nastanek duševnih motenj

Marušič (3) je dejavnike za nastanek duševnih motenj delil na biološke, medicinske, psihološke, duševne in socialno-ekonomske ali družbeno-kulturne. Vsi dejavniki pa se lahko med seboj prepletajo, pojavljajo se posamezno ali skupaj, ljudje pa se različno odzivajo nanje.

Številni avtorji (1, 3, 16, 19), ki navajajo različne teorije za nastanek duševnih motenj, iščejo vzroke v dednosti, v reakciji na okolje ali v osebnotnem razvoju vsakega posameznika. Nekateri vzroki so posledice telesnih bolezni, življenjskih sprememb ali nezdravih navad, ki vodijo v duševne bolezni. Izjema so nekatere organske motnje, vzrok katerih je organska bolezen, poškodba ali novotvorba (1).

Dejavnikov za nastanek duševnih motenj lahko zasledimo več, nanje vplivajo tako osebnotne lastnosti, dejavniki iz bližjega in širšega okolja, družinska struktura in odnosi ki so z njo povezani, zaposlitvene zmožnosti in s tem finančno stanje, odnosi na delu, zdravstveno stanje in še drugi dejavniki, vsi pa se lahko povezujejo med seboj; opredeljeni pa so kot (1, 3, 16, 19):

- **biološki dejavniki:** genetska zasnova (na duševno motnjo ne vplivajo okvare le enega gena, ampak na več genih), okužbe, fizične travme, prehrana, hormoni in zastrupitve;
- **psihosocialni dejavniki:** psihološki dejavniki v ožjem pomenu stresa, razpoloženja, osebnosti, značaja, spola;
- **socialni dejavniki:** sem prištevamo družino, vlogo staršev, medsebojne odnose, socialno-ekonomski status, okolje, rasno pripadnost.

3.1.2 Klasifikacija duševnih bolezni

Izraz duševna bolezen se nanaša na vse motnje, ki jih je mogoče opisati z neko diagnozo (16, 17, 20, 21). Postavitev diagnoze predstavlja proces, s katerim ugotavljamo, ali težave, ki posameznika bremenijo, ustrezajo kriterijem za psihološko motnjo (16).

Številni avtorji (20, 21) navajajo, da se duševne oziroma psihične motnje klasificirajo v kategorične sheme. V klinični praksi se za postavljanje diagnoz uporabljata: v Evropi predvsem Mednarodna klasifikacija bolezni-10. revizije (v nadaljevanju MKB-10), ki jo je izdala Svetovna zdravstvena organizacija, in klasifikatorni sistem Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder IV, ki je uveljavljen predvsem v Ameriki.

V MKB-10 je zapisano, da izraz duševna motnja pomeni prisotnost klinično prepoznavnih simptomov, ki so značilni za spremembe v mišljenju, razpoloženju ali v kombinacij, kar je v večini primerov združeno s stresom in vplivom na osebno funkcioniranje. Zapisi v MKB-10 se izogibajo izrazu bolezen ali obolenje, uporablja pa se izraz motnja. Izraz problemi v dušnem zdravju je pogosto v uporabi za opisovanje simptomov in znakov, ki nimajo zadostne identitete ali trajanja, da bi zadostili kriterijem za duševno motnjo (20).

Po klasifikaciji MKB-10 se duševne in vedenjske motnje (F00-F99) delijo na (21):

- F00-F09 organske, simptomatske duševne motnje,
- F10-F19 duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi,
- F20-F29 shizofrenija, shizotipkse in blodnjave motnje,
- F30-F39 razpoloženske afektivne motnje,
- F40-F49 nevrotske, stresne in somatoforme motnje,
- F50-59 vedenjski simptomi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki,
- F60-F59 motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi,
- F70-79 duševna manj razvitost,
- F80-89 motnje duševnega (psihološkega) razvoja,
- F90-98 vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu ali adolescenci,
- F 99 neopredeljena duševna motnja.

Erzar (16) in Lamovec (18) navajata, da se diagnosticiranje duševnih bolezni od fizičnih bolezni razlikuje v tem, da ne obstajajo laboratorijski testi, ki bi odkrivali duševne motnje. Lamovec (18) izpostavlja tudi, da se psihiater ali klinični psiholog za postavitev diagnoze opira na poročanje pacienta, medtem ko ta opisuje svoje težave, znake in občutja. V splošnem se zanaša na pregled duševnega statusa pacienta ter na svoja lastna opažanja pacientovega vedenja, čustvovanja in mišljenja.

3.1.3 Najpogostejše duševne motnje

V nadaljevanju pregleda literature bodo predstavljene najpogostejše duševne motnje, kot so depresija, različne oblike anksioznih motenj, kot so fobije, panična motnja in generalizirana anksiozna motnja ter shizofrenija.

Depresijo kot najpogostejšo motnjo navajajo številni avtorji (1, 16, 19, 22). V njihovih opisih zasledimo, da je življenje v današnjem času veliko bolj stresno, kot je bilo nekdaj. Smith in Elliott (22) ugotavljata, da se je zadnjih desetletjih število bolnikov z depresijo močno povečalo, kar je najverjetneje posledica sodobnega načina življenja. Med drugim Marušič in Roškar (23) navajata tudi, da je depresija ena najpogostejših duševnih bolezni, ki lahko privede do samomora.

Depresija je motnja razpoloženja in čustvovanja, ki se lahko pojavi v več oblikah (19, 22). Oblik depresij je več vrst in se kažejo lahko kot: depresija z ali brez znakov psihoze, bipolarna motnja, distmija, porodna depresija, unipolarna depresija, endogena depresija, nevrotična depresija, organska depresija ali pa se lahko pojavi v kombinaciji z drugimi duševnimi motnjami, kot so anksiozno-depresivna motnja, izgorelost, posttravmatska stresna motnja (22).

Depresijo lahko povzročijo zunanji dejavniki, med katere sodijo izrazito neugodne življenjske razmere in okoliščine, ter notranji dejavniki, ki so genetski, fiziološki in psihološki (19). Smith in Elliott (22) navajata, da nekateri strokovnjaki trdijo, da depresijo povzročajo neravnovesja v možganski kemiji, nekateri drugi pa trdijo, da je kriva genska zasnova, pojavljajo se tudi trditve, da depresija izhaja iz izkušenj iz otroštva, negativnega razmišljanja, ali pa iz izkušnje osiromašene okolice in kulture.

Teorije, da za nastanek depresije obstaja le en vzrok, v pregledu literature ni zaslediti, navedeno pa je, da psihični in fizični dejavniki delujejo vzajemno in tako vplivajo na njen nastanek. Znaki in simptomi, značilni za depresijo, ki se pojavijo na telesni ravni so: motnje spanja, apetita in libida, izguba motivacije, energije in utrujenost; znaki in simptomi na psihični ravni pa so predstavljeni kot: potrnost, tesnoba, občutki krivde in manjvrednosti, obup, praznina, lahko se pojavijo samomorilne misli, razdražljivost, izguba zanimanja za ljudi okoli sebe in za aktivnosti, zmanjšana je učinkovitost pri delu (19, 22).

Smith in Elliott (22) navajata, da je depresija lahko blage, srednje ali močne intenzitete ter da morajo biti simptomi prisotni vsaj dva tedna hkrati, da se motnja diagnosticira. Vsi navedeni simptomi in znaki se ne pojavijo pri vseh posameznikih skupaj in v enaki intenziteti, saj so ljudje individualna bitja, kar se kaže tudi v doživljanju posameznih duševnih motenj (19).

Iz pregleda domače (19) in tuje literature (22) smo lahko prebrali tudi, katere so najpogostejše oblike pomoči pri zdravljenju depresije. To so različne vrste terapije – psihoterapije in farmakoterapije – oziroma zdravljenje z zdravili antidepressivi. Smith in Elliott (22) navajata, da se pri zdravljenju z antidepressivi prvi znaki izboljšanja depresije pokažejo že po rednem in pravilnem jemanju antidepressivov v dveh tednih. Zdravila pa je potrebno jemati vsaj še nadaljnjih šest mesecev, pri čemer se prepreči ponovni nastanek te. Pogost način zdravljenja depresije so tudi različne oblike psihoterapij.

Najpogosteje pa se za zdravljenje depresije uporablja obe obliki skupaj, zdravljenje z antidepressivi v kombinaciji s psihoterapijo. Zdravljenje je dolgotrajen proces, potrebno je upoštevanje navodil strokovnjakov, kajti vsako odstopanje od priporočil ima lahko slabe posledice na zdravljenje in rehabilitacijo (19, 22).

Po pogostosti sledijo **anksiozne motnje**. Anksioznost kot beseda izvira iz latinščine – angere, kar pomeni daviti, dušiti se (24). Opis anksioznih motenj kot najpogostejših med duševnimi motnjami zasledimo med navajanjem številnih avtorjev (19, 24). Glavne značilnosti teh motenj se najpogostejše kažejo kot znaki tesnobnosti v prsih ali občutki dušenja. Prisotni pa so še drugi telesni simptomi, kot so potenje, tresenje, slabost, razbijanje srca; vključeni so tudi strahovi, ki se sprožijo brez povezave z zunanjo okolico ali objektom. Intenziteta prisotnih znakov anksioznosti je lahko močna in dolgotrajna, ti se lahko pojavljajo postopno ali nenadno, kar osebe pogosto ovira pri vsakodnevnih

dejavnostih. Osebe so prestrašene in pogosto precenjujejo težave ter nevarnosti, ki jih občutijo, prav tako podcenjujejo lastne sposobnosti za rešitev anksioznosti (19, 24). Smith in Elliott (24) navajata, da nam je danes poznan širok razpon zdravil za zdravljenje anksioznosti, katere ločimo v skupine: antidepresivi, benzodiazepini, pomirjevala, betablokatorji, atipični antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja.

Oblike anksioznih motenj so tudi **fobične motnje** (19, 24). Prepoznamo jih tako, da oseba v posebnih okoliščinah doživlja vztrajen, neresničen in hud strah, ki ga povzročajo različni zunanji objekti ali okoliščine, ki pa sami po sebi niso nevarni. Najpogostejše fobije so strah pred kačami, govorom v javnosti in višino (24).

Zanačilnost fobij je, da se osebe navadno močno izogibajo tem okoliščinam, ker jim povzročajo strah (19). Fobije predstavljajo neobvladljivo tesnobo ob izpostavitvi viru strahu, ki se lahko stopnjuje vse do paničnega napada, pri čemer se oseba znoji, pojavijo se težave z dihanjem, poveča se srčni utrip in občutki grozote (19, 24). Fobije so najpogosteje zdravljene z vedenjsko terapijo, pri kateri se osebe pripravi, da se s strahom soočijo in ga tako premagajo (24).

Panična motnja je opisana kot hud nenaden strah, ki se pojavlja skupaj s telesnimi znaki, kot so: občutek dušenja, omotica, nemir, pospešeno bitje srca, tresenje, znojenje, nausea, mravlinčenje, oblivanje vročice ali mrzlica (19, 24). Napad strahu traja približno 10 minut, nato mine in je zelo neprijetna izkušnja (19). Za diagnozo panične motnje je potrebnih več napadov, pogosto se ljudje s panično motnjo bojijo naslednjega napada, svoje življenje začnejo spreminjati tako, da se izogibajo določenim krajem in dejavnostim, kjer se je napad pojavil (24). Upravičeno lahko tako sklepamo, da ta motnja globoko posega v življenje posameznika in ga ovira pri vsakdanjem življenju

Najpogostejša med anksioznimi motnjami je **generalizirana anksiozna motnja**. Oseba z omenjeno motnjo se pretirano boji, da se bo zgodilo nekaj hudega njej ali njenim bližnjim. Oseba je tako pod dolgotrajno napetostjo ter zaskrbljenostjo, kar zmanjšuje njeno produktivnost in jo ovira v življenju. Simptomi se kažejo kot občutki ogroženosti brez jasnega vzroka, občutki šibkosti in nemoči, napetost in nesposobnost sprostitve, nižja frustracijska toleranca, motnje koncentracije, vztrajna zaskrbljenost, motnje spanja, glavoboli, motnje apetita, motnje prebave, znojenje, zardevanje, tresavica, občutki cmoka v grlu (19, 24).

Shizofrenija je možganska, dolgotrajna, ponavljajoča se motnja, za katero so značilni različni simptomi in znaki ter lahko prizadene vsakogar (7, 19, 25). Levine in Levine (25) navajata, da večina znanstvenikov podpira teorijo, da sta vzroka za shizofrenijo genetska nagnjenost in okoljski dejavniki. Številni avtorji (7, 19, 25) opisujejo znake in simptome, značilne za shizofrenijo, kot so izkrivljeno mišljenje, zaznavanje in čustvovanje. Švab (7) navaja še, da se v akutni fazi motnja izraža kot izguba stika z realnostjo in drugačno doživljanje sveta.

Levine in Levine (25) navajata posamezne simptome, značilne za shizofrenijo:

- **pozitivni:** med te uvrščamo halucinacije in blodnje.
- **negativni:** odsotnost motivacije, počasnejše odzivanje.
- **kognitivni:** težave s spominom, koncentracijo.

Pod motnje zaznavanja prištevamo iluzije, ki se opirajo na resnične zaznave, vendar je dojemanje teh zaznav izkrivljeno. Preobčutljivost čutov lahko preraste v halucinacije, zmotne zaznave brez resničnih dražljajev, ki se lahko pojavljajo na vseh področjih zaznavanja (vid, sluh, vonj, okus, dotik) (7, 25). Švab (7) poleg tega navaja, da si te predstave pacient lahko napačno razlaga kot ogrožajoče in se zato tudi temu primerno odziva.

Tako Švab (7) kot Levine in Levine (25) navajajo, da se pri shizofeniji mišljenje lahko spremeni v formalnem in vsebinskem pomenu. V formalnem pomenu se kaže tako, da pacienta nenadoma preplavijo različne misli, miselne povezave, zaradi katerih se težko zbere. Lahko sprejema veliko količino informacij, zaradi katerih se ne more odzvati na zunanji svet, ali pa se mu misli upočasnijo, ustavljajo, povezave so nejasne in jim težko sledi. Lahko pa se mišljenje spremeni tudi v vsebinskem pomenu, kar pomeni, da so povezave med miselnimi sklopi ohlapne, nejasne, nenavadne, še posebej v akutni fazi. Švab (7) podrobneje opisuje, da so nanašalne blodnje najpogostejša zmotna prepričanja pri shizofreniji; pacient je prepričan, da so dogajanja v okolici povezana z njim, preganjalne blodnje so tiste, pri katerih se pacient počuti zasledovanega, preganjanega, opazovanega, medtem ko so veličanske blodnje tiste, kjer se pacientu zdi, da ima posebne moči in sposobnosti, s katerimi lahko spreminja svet ali komunicira z nadnaravnimi bitji. Motnje na področju mišljenja lahko tako negativno vplivajo na pacientovo delovanje in ga ovirajo pri vsakdanjih opravilih.

3.1.4 Pogostost duševnih motenj v Sloveniji

V študiji o pogostosti duševnih motenj v Sloveniji so Tomšič in sod. (26) ugotovili, da so med aktivno populacijo (20–64 let) najpogostejši obiski zdravnika na primarnem nivoju zaradi duševnih motenj: depresija, anksiozne motnje in reakcija na hud strah ter prilagoditvene motnje. Navedeno je (prav tam), da so pri moških najpogostejši obiski zdravnika zaradi uživanja alkohola, shizofrenije, shizotipskih in blodnjavih motenj, pri ženskah pa se pojavijo še organske, vključno simptomatske duševne motnje (demenca, ki je posledica večjega števila žensk nad 65 let v populaciji) in druge nevrotske motnje (26).

Tako Smith in Elliott (22) kot tudi Tomšič in sod. (26) navajajo, da si ženske pomoč iščejo pogosteje kot moški, a to ne pomeni, da se duševne motnje pogosteje pojavljajo pri ženskah. Avtorji slovenske raziskave o duševnem zdravju (26) omenjajo, da vzrok za to zagotovo lahko pripišemo stigmatizaciji duševnih bolezni, še posebej s strani moških, kar pa je stvar našega okolja in kulture. Smith in Elliott (22) navajata še, da so veliko moških učili, da priznavanje kakršnekoli duševne bolezni ali čustvenih problemov ni možato. Tako so se ti že iz zgodnjih otroških izkušenj naučili skrivati negativne občutke. Diagnoze, ki smo jih razbrali med najpogostejšimi vzroki za obisk na sekundarni ravni zdravstvenega varstva zaradi duševnih motenj v Sloveniji pri obeh spolih, pa so depresija, shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, anksiozne motnje ter organske, vključno simptomatske duševne motnje (26).

3.2 Stigma do oseb z duševnimi motnjami

Da bi lažje razumeli današnji pojav stigme do oseb z duševnimi motnjami, se moramo najprej osredotočiti na zgodovino, v nadalnje pa je opisan odnos sodobne družbe do oseb z duševnimi motnjami, ki je pol prezira in podcenjevanja.

3.2.1 Zgodovina razvoja psihiatrije in odnosa do oseb z duševnimi motnjami

Zgodovina psihiatrije odseva današnji družbeni odnos do duševnosti, njenih motenj in oseb z duševnimi motnjami. Duševne motnje spremljajo človeka od njegovega nastanka, v večini zgodovinskih obdobj pa je bil odnos do duševne motnje prežet s strahom, sovraštvom in nerazumevanjem (1-3).

Meden Klavora (2) navaja obstoj prvih zapisov o duševnih motnjah že v najstarejših ohranjenih medicinskih testih, ki so bili zapisani na egipčanskem papirusu, na katerih je opisan tempelj, v katerem se zbirajo bolniki z različnimi duševnimi motnjami. Tudi pri grškem antičnem zdravniku, očetu zdravstvene medicine, Hipokratu in starogrškemu piscu ter filozofu Galenu so odkriti zapise o njih. Hipokrat je trdil, da vse duševne motnje izhajajo iz možganov in bil mnenja, da so duševne motnje posledica telesnih obolenj, ne pa duha ali duše. Menil je, da je za ozdravitev te pomemben počitek in mirno okolje, pripomogli pa naj bi tudi glasba, branje in ustvarjalnost.

V obdobju srednjega veka je bila večina moči in bogastva last Cerkve, ki je bila polna vraževernosti, astrologije ter mistike. Takrat se je razvil demonističen pogled na duševne bolezni, kar je zelo vplivalo na razumevanje teh. Vsa odstopanja od "normalnega" so bila obravnavana z nestrpnostjo, kajti veljalo je, da je "nor" človek obseden z zlimi duhovi, zato so take ljudi vklepali, jih pretepali in sežigali (2, 3).

Meden Klavora (2) opisuje, da je bilo v obdobju inkvizicije v 12. stoletju veliko ljudi, ki so bili drugačni, obsojenih obsedenosti z zlimi duhovi, zato so jih na najrazličnejše načine izganjali iz njih. O tem je priča priročnik, ki sta ga zapisala dominikanska meniha za inkvizitorje pri čarovniških procesih. Na Slovenskem so se čarovniški procesi razširili predvsem v 17. stoletju, znani pa so bili že v 15. in 16. stoletju. Vseh duševno obolelih pa inkvizicija ni obsodila na smrt, nekatere so namestili oziroma jih zaprli v azile. V Evropi je eden najstarejših psihiatričnih azilov samostan St. Mary Bethlem v Londonu, odprt je bil že sredi 13. stoletja. Nekaterim izmed njih pa je bila dodeljena prestižna vloga dvornega norčka, te so oblačili v posebna oblačila, ki so ponazarjala na norost: zvončke, oslovska ušesa, oblačila rumene, zelene ali rdeče barve (2).

Avtorica Meden Klavora (2, 27) je raziskovala zgodovino duševnih motenj s pomočjo raznih umetniških del, ki so nastala v takratnem obdobju. Umetniki so na svojih izdelkih že tedaj upodabljali različne gibe in izraze, ki odsevajo psihopatološke simptome. Osebe z duševnimi motnjami so bile pogostokrat motiv v slikah in risbah klasične umetnosti, ki prikazujejo širok razpon norosti in zdravljenja. Iz poznega srednjega veka je poznana slika Ladja norcev, ki simbolizira idejo iz tega obdobja, da je treba ljudi, ki jih ni mogoče pozdraviti, izolirati od zdrave družbe (27).

V 17. in 18. stoletju se je začel proces, poimenovan čas množičnega zapiranja. Začetki obravnave so se začeli v ubožnicah – azilih, kamor so bili duševno oboleli umaknjeni od oči javnosti. Proces je bil namenjen tudi kot nadzorovanje izrinjenih oseb s strani družbe. Vanje pa so sprejemali ne le duševno obolele, temveč tudi hudodelce, brezdomce, sirote, mentalno retardirane in telesno prizadete. Takrat so se tudi duševne motnje začele obravnavati kot specifične zdravstvene težave (2, 3, 15).

V preteklosti za duševno bolne ni bilo zdravil. Njihovo zdravljenje in okrevanje je bilo prepuščeno molitvi k Bogu in drugim višjim nadnaravnim silam. Osebe z duševno motnjo so bile izolirane od javnosti. Morda je bil razlog za izoliranost pred družbo tudi v tem, da so verjeli, da jim bo mir koristil. A četudi bi šlo za umikanje v azile za terapevtsko vlogo, ta ne bi prišla do izraza, saj je prihajalo do odtujitve namenskega cilja zaradi vse večjega števila ljudi v azilie, kar je poslabšalo življenjske pogoje znotraj teh (3). Renesansa, ki se je začela v 15. stoletju, je prinesla nov pogled na človeka in s tem tudi na duševno bolezen, posamezniki nanjo niso več gledali kot na obsedenost in čarovnijo, temveč kot na bolezen (2).

Avtorica Meden Klavora (2) kot ključno osebo sprememb navaja dejanja francoskega zdravnika Philippa Pinela (1746–1826), ki je zagovarjal načela svobode, enakosti in bratstva tudi za duševno bolne. Ta je leta 1793 simbolično snel verige pacientom, ki so bili vkovani vanje. Njegovo dejanje snemanja verig in leta 1808 izdan učbenik O oblikah in zdravljenju duševnih motenj sta bila mejnika v razvoju psihiatrije, on sam pa imenovan za očeta sodobne psihiatrije. V 19. stoletju so tehnološki razvoj in klinična opazovanja omogočila prve znanstvene študije možganov. V tistem obdobju je Sigmund Freud s somišljeniki preučeval hipnozo, odkrival plasti človeške duševnosti na zavedni in nezavedni ravni ter razvil psihoanalizo. V takratno obdobje se umešča tudi Kraepelina, ki je bil označen kot največji sistematik v psihiatriji, njegov sistem je v tistem času nudil trdno osnovo za diagnosticiranje duševnih motenj (2, 3).

V 20. stoletju se omenjajo tako imenovane biološke metode zdravljenja. Malfred Sakel je uvedel zdravljenje shizofrenije z inzulinsko terapijo, med najbolj sporno metodo zdravljenja pa je spadala elektrokonvulzivna terapija, ki sta jo odkrila Cerletti in Binni (2).

Razvoj nevroznanosti je pripomogel tudi k razvoju psihofarmakoterapije. Leta 1952 so odkrili prvi nevroleptik-klorpromazin, uporabljati so začeli prve antidepresive in prve

anksiolitike. Pacienti so tako postali sprejemljivejši za pogovor in druge oblike zdravljenja ter zapuščali bolnišnice ozdravljeni ali zazdravljeni (1, 2). Kot navaja Marušič (3), sta avtorja Laing in Esterson duševne motnje opredelila kot bolezen družbe, menila sta, da so osebe z duševno motnjo v osnovi zdrave in prisebne, bolna pa je družba, ki te posameznike naredi za žrtve, ker se ne strinjajo s takratnimi družbenimi prepričanji in stališči.

V času 2. svetovne vojne je bil še vedno prisoten strah pred duševno motnjo, ki je vzbujal agresijo in navajal iztrebljanje duševno obolelih s strani nacistične Nemčije. Tudi to obdobje je močno prizadelo obravnavo duševnega zdravljenja. Nemška vojska je namreč zažgala večino stavb in bolnike so morali premeščati v druge prostore, ki niso bili primerni za nadaljnjo zdravstveno obravnavo, kar je močno vplivalo na poslabšanje zdravljenja. V tem obdobju so osebe z duševno motnjo doživljale psihocid, ki ga je narekoval nacistični evtanazijski program (3).

3.2.2 Psihatrija v Sloveniji nekoč

Tako kot v svetu se je razvijala tudi psihatrija v Sloveniji. Marušič (3) navaja, da začetki organizirane skrbi za duševne paciente pri nas segajo v leto 1786, ko so redovniki diskalceatskega samostana sprejeli v oskrbo blaznega frančiškanskega meniha. Meden Klavora (2) omenjaja dr. Karla Bleiweisa, ki je leta 1829 nastopil s svojim predavanjem in izdajo knjige: Blaznice, kakršne morajo biti in kaj je njihov namen. Ta je služila kot teoretični začetek slovenske psihatrije. Po njegovem programu je Kranjski deželni zbor sklenil, da se sezida blaznica na Studencu, ki je bila odprta leta 1881 – ta dan se beleži kot začetek slovenske psihatrije. Naslednji objekt, zidan v te namene, je bil 70 let kasneje v psihiatrični kliniki Ljubljana. Med 2. svetovno vojno so nacistični okupatorji zgrešili zločine proti pacientom z duševnimi motnjami in jih s plinom umorili ter zasegli poslopja bolnišnic v svoje namene. Po koncu 2. svetovne vojne pa je prevzel vodenje, takrat imenovane Bolnišnice za duševne in živčne bolezni, prof. Janez Kanoni, ki velja za ustanovitelja sodobne povojne psihatrije na Slovenskem. Ustanovil je katedro za psihatrijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani in se boril za mesto psihatrije med ostalimi medicinskimi vejami. Njegov boj je pripeljal do resolucije, ki je podprla odpiranje novih psihiatričnih bolnišnic in kadrovske ter organizacijske spremembe.

Meden Klavora (2) dodaja še, da se razmere v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah niso kaj dosti razlikovale od tistih v tujih deželah. Strokovno so se v njih ravnali po Kraepelinovi sistematiki in spotoma vključevali terapevtske novosti.

Poleg ustanovitve in razvoja bolnišnice v Studencu ter zavoda na Polju, so se začele odpirati tudi psihiatrične bolnišnice v Begunjah, Vojniku, Idriji, Ormožu in Mariboru (3). Vse bolnišnice so bile postavljene v stare gradove ali v kaskarne na obrobju mest, kjer stojijo še danes, kar prikazuje izbočenje in strah pred duševnimi motnjami (1).

3.2.3 Pomen stigme

Beseda stigma izhaja iz grškega samostalnika stigma, stigmatos, kar pomeni vbod, pega. Uporabljala se je za označevanje tetoviranja, bodisi dekorativnega, religioznega ali za označbo lastništva (sužnji v antičnem času). V dobi zgodnjega krščanstva so besedo začeli povezovati s Kristusovimi ranami, ta se je nanašala na telesna znamenja božje milosti, ki so privzemala izstopajoča znamenja na koži (2, 4). Kot navaja Meden Klavora (2), beseda stigma na začetku ni imela negativnega pomena in prizvoka, tega je dobila šele v latinščini, ki je prevzela grško besedo "stigma" in z njo označevala sramoto in manjvrednost, znak za kriminalce, sužnje.

Goffmann (4) kot ključni raziskovalec stigme navaja, da so stari Grki stigmo uporabili za označbo na telesu, ki predstavlja slab moralni status osebe. Znaki so bili vžgani ali vrisani v telo osebe in so oznanjali, da je ta suženj, hududelec, izdajatelj, omadeževana oseba nasploh, ki se ji je treba izogibati, zlasti na javnih mestih.

Dandanes je stigma širok pojem in se ga ne uporablja v smislu, ki ustreza prvotnemu dobesednemu pomenu. Pač pa se termin bolj uporablja za sramoto, kot pa za telesne označbe. Če povzamemo, se termin stigma uporablja bolj za poimenovanje v smislu odstopanj, diskriminacije in deviantnosti (2, 4).

Ljudje so bili od nekdaj občutljivi na razlike, ki so se pojavljale med njimi. Vsaka družba, kultura in zgodovinsko obdobje so si ustvarili predstavo o tem, kaj je običajno, normalno in kaj ni (15). Posamezniki s posebnimi ali izjemnimi lastnostmi so zato vzbujali pozornost okolice, ta pa jih je označevala za nenormalne v smislu manjvrednosti in deviantnosti.

Merila o tem, kaj je normalno in kaj ni, so relativna in odvisna od tega, kaj vzamemo za normo (4, 5, 15, 28). Različna mnenja družbe o telesnem zdravju oziroma pomanjkljivosti tega, se med seboj ne razlikujejo kaj preveč. Se pa predstave, kaj naj bi bila normalna in zdrava duševnost ter osebnost, precej medsebojno razlikujejo od družbe in kulture (28).

Goffman (4) navaja, da se družba ozira na drugačnost, razlike in pomanjkljivosti, ki jih delimo na :

- **tlesno odbojnost:** najrazličnejše telesne iznakaženosti.
- **značajske slabosti:** neodločnost, nenaravne strasti, nevarna prepričanja, nepoštenost, sem spada tudi duševna bolezen.
- **skupinske stigme:** različne rase, veroizpovedi.

Stigma je označevanje določenih ljudi za drugačne v smislu vredne manj spoštovanja od ostalih. Iz povzetega bi stigmo lahko opredelili kot širok koncept, ki označuje komponente označevanja, stereotipiziranja, ločevanja in diskriminacije. Je pravzaprav zaznamovanje, ki označuje nezadovoljstvo s stigmatiziranimi osebami in njihovo nevrednostjo ter sramoto, posledica tega pa sta izgon in izogibanje stigmatiziranih oseb. Vpliv stigme je odvisen od socialnih, ekonomskih in političnih vplivov, ki omogočajo ustvarjanje stereotipov, rušijo ugled, odklanjajo ter diskriminirajo posameznika (4-7, 15). Ule (15) navaja, da stigma potisne posameznika v položaj nedoraslega subjekta in tudi če se ta poskuša stigmati izogniti stem, da zavrača, kar mu pripisuje družba, ne doseže prav ničesar.

Goffman (4) in Švab (5) navajata, da je stigmatiziranje oblika družbenega nadzora in izključevanja tistih, ki so v manjšini. Švab (7) tudi omenja, da je stigmatizacija krepitev lastne moči prek pripadnosti skupini, ki je v večini in zaničuje osebe, katerih lastnosti se razlikujejo od določene.

3.2.4 Vzroki za stigmatiziranje oseb z duševnimi motnjami

Po pregledu mnenj številnih avtorjev (7, 12, 16, 25, 29) smo ugotovili, da je družba preko določenih informacij, ki pa so bile seveda zgrešene, dobila neko povezavo med nasilnostjo in negativnimi lastnosti ter osebami z duševnimi motnjami. Zato ni nič čudnega, da se javnost z negativnim in podcenjujočim pristopom odziva na osebe z duševno motnjo. Levine in Levine (25) tako navajata, da miti in zmotne predstave, ki se pojavljajo v

sodobni družbi, predstavljajo vzroke, ki imajo posledice, da družba še vedno ne zna sprejemati oseb z duševno motnjo.

Stigma do duševnih motenj je ena najpomembnejših ovir, s katerimi se spoprijemajo tako osebe z duševno motnjo kot tudi sodobna psihiatrija (7, 12, 25). Kuklec (12) navaja raziskavo o odnosu javnosti do oseb z duševnimi motnjami in ugotavlja, da se javnost boji oseb z duševno motnjo in se jih izogiba, ker jih dojema kot nevarne ter nepredvidljive.

Tako domači avtorji kot na primer Švab (7) kot tudi tuji (29) navajajo, da imajo eno največjih vlog pri oblikovanju stigme do duševne bolezni prav mediji, ki nasilje prikazujejo v skupnem kontekstu z duševno motnjo. V večini filmov so namreč osebe z duševno motnjo prikazane kot nevarne sebi in okolici. Elder in sod. (29) navajajo raziskavo o medijskih vsebinah, v kateri se pojavljajo osebe z duševnimi motnjami, tam so te v 90 % prikazane kot nasilne ali pa kot morilci. Na tak način se izkaže, da imajo mediji močan vpliv na pojav stigme do duševne bolezni.

Erzar (16) omenja tudi, da je delno k stigmatizaciji duševnih bolezni, pripomogel razvoj medicinske vede v zadnjem stoletju. Zaradi čedalje večje uspešnosti pri zdravljenju organskih bolezni se je preučevanje duševnih bolezni odlagalo, ker zanje organski vzroki niso bili povsem jasni, zato je bila pozornost namenjena bolj preučevanju organskih bolezni, kakor pa duševnih. Omenja (prav tam) tudi freudovsko navdahnjene obrazložitve vzrokov in lastnosti duševnih motenj, ki jih je družba sprejela nekritično in si zaradi tega ustvarila nepremišljena mnenja o njih.

3.2.5 Stigmatizacija posameznih duševnih motenj in oseb z duševnimi motnjami

Zaradi stigme se osebe z duševno motnjo sramujejo svoje bolezni in o tem nočejo govoriti na glas. Nerodno jim je, čutijo se ponižane in zaradi izoliranosti ne iščejo pomoči, kar pa močno vpliva na njihovo vsakdanje življenje in navsezadnje na njihovo zdravje (7, 25, 29).

Švab (7), Kuklec (12) ter Levine in Levine (25) navajajo, da **shizofrenija** sodi med najbolj stigmatizirane duševne motnje. Kuklec (12) navaja, da je oseba s shizofrenijo v okolici označena kot nevarna, lena, nesposobna za delo, nesposobna prevzemati starševsko vlogo in izpopolnjevati ostale socialne obveznosti, pa čeprav lahko te naloge izpopolnjuje tako

dobro kot ostala zdrava populacija. Stigma pa ostane vezana na omenjeno osebo ne le v akutni fazi bolezni, pač pa tudi, ko simptomi izzvenijo in so v remisiji (25).

Preglednica 1: Zmote o shizofreniji (25)

| Zmote o shizofreniji | Dejstva o shizofreniji |
|--|--|
| Shizofrenija pomeni, da ima človek razcepljeno osebnost. | Shizofrenija ni enaka kot multipla osebnost, ki je zelo redka in povsem drugačna motnja. |
| Ljudje s shizofrenijo so nasilni. | Večina misli, da so ti nagnjeni k nasilnosti a je bolj verjetno, da postanejo osebe s shizofrenijo žrtve nasilja. |
| Shizofrenijo povzroči slaba vzgoja. | Veljalo je, da shizofrenijo povzroča permissivna vzgoja staršev, ki preveč nadzorujejo svoje otroke. Slaba luč je tako padla še na starše. |
| Ljudje s shizofrenijo so umsko zaostali. | Nekateri mislijo, da je shizofrenija sinonim za duševno manj razvitost. Kakor vsi ostali, imajo tudi osebe s shizofrenijo širok razpon intelektualnih sposobnosti. |
| Shizofrenija je značajska hiba. | Negativni simptomi shizofrenije lahko vodijo do zmote, da so ti ljudje leni in da bi se lahko vedli normalno, če bi si to želeli. Navidezne značajske hibe so pravzaprav simptomi za shizofrenijo. |
| Za ljudi z diagnozo shizofrenije ni upanja. | Včasih je ta diagnoza pomenila sramoto. Prizadete osebe so se skrivale za zaprtimi vrati ali bile nameščene v oskrbo. Za razliko od preteklosti je shizofrenija dandanes zaradi novih zdravil in oblik psihoterapije zazdravljiva bolezen. |

Švab (7) pripisuje vzroke stigmatizacije shizofrenije medijem, ko navaja, da so na televiziji, kinu in časopisih osebe s shizofrenijo prikazane kot morilci, brezdomci, ki govorijo sami s seboj, bedni klovni ali ženske s šestnajstimi osebnostmi. Levine in Levine (25) navajata, da sta zavedanje in razumevanje do oseb z duševnimi motnjami dokaj omejena, ter navajata rezultate ameriške raziskave, ki je pokazala, da le eden od štirih ljudi ve, kaj je to shizofrenija.

Kuklec (12) in Erzar (16) navajata, da se je zadnjih letih stigma do **anksiozne in depresivne motnje** zmanjšala. Kuklec (12) omenja, da verjetno zaradi splošnega mnenja današnje družbe, da so omenjene duševne motnje posledica pretiranega stresa, ki ga lahko občuti in identificira večina današnje družbe. Tudi Erzar (16) meni, da je tesnoba najlažje dostopna in najlažje razumljiva motnja od vseh, kajti vsakdo se je že znašel v situaciji, ko je zaradi preteče nevarnosti ali strahu doživel močan strah in grozo, ki ju spremljajo znaki tesnobe, hiter utrip srca ter zadihanost. Arnik Knibbe (30) navaja, da se ljudje lažje obrnejo po pomoč takrat, kadar so njihove duševne motnje socialno bolj sprejemljive, kot je na primer depresija ali anksiozna motnja. Kot je bilo že omenjeno pri številnih avtorjih (19, 22), je depresija ena izmed najpogostejših duševnih motenj, zato je širši javnosti tudi bolj poznana in sprejemljivejša kot nekatere druge duševne motnje. Obstajajo pa tudi drugačna mnenja v družbi, ki jih navajata Smith in Elliott (22), in sicer da so osebe, ki si iščejo pomoč, šibkega značaja ter se le pritožujejo nad življenjem.

Duševna motnja pomeni enega najpomembnejših in najpogostejših napovednih dejavnikov za **samomor** (23, 25). Avtorja Marušič in Roškar (23) kot vzrok samomora bolj natančno opredeljujeta depresivno motnjo, odvisnost od alkohola in shizofrenijo. Navajata (prav tam), da je samomor dejanje, ki je obremenjeno z dolgoletno tradicijo preganjanja, nerazumevanja ali ignoriranja. Včasih je bil ta proglašen za greh, truplo samomorilca ni bilo pokopano znotraj pokopališkega obzidja, njegovi svojci pa so bili stigmatizirani. Odnos do samomora je bil skozi čas in med kulturami različen. Stari Perzijci so samomor prištevali med najhujše moralne prekrške, medtem ko so stari Rimljani samomor dopuščali le v primerih, ko so bogovi zahtevali daritveno žrtev. Grška fiziofija pa je podpirala samomor, če je tega odobrila oblast. Na Japonskem je harikiri bil način smrti, povezan s častjo in ponosom samurajev, v Indiji pa izraz sati predstavlja vdovo, ki se da zažgati s pokojnim soprogom v znak dobre žene. Eskimi odobravajo samomor le pri starejših članih, ki se namensko umaknejo v samoto.

O sami naravi **bolezni odvisnosti** so strokovnjaki dolgo razpravljali. Kojič (31) navaja raziskave, o boleznih odvisnosti ki so pripeljale k sklepu, da je odvisnost pravzaprav bolezen, in sicer kronična bolezen, kakor je sladkorna bolezen ali visok krvni tlak. Vendar je poudarjeno, da ostaja za širšo družbo odvisnost pojav, ki ga zakrivajo miti, nerazumevanje in moralne obsodbe. Še vedno prevladuje mišljenje, da je zasvojenost, sploh ko gre za prepovedane psihoaktivne snovi, predvsem moralno vprašanje, vprašanje osebnosti in posledica nekakšne izprijenosti ali pomanjkanja volje. Kuklec (12) ugotavlja, da so osebe, ki ne pijejo alkoholnih pijač, bolj priljubljene pri delodajalcih in zdravstvenemu sistemu povzročajo manj stroškov, kot osebe, odvisne od alkohola. Meni (prav tam) da se osebe z omenjenimi težavami v večini bojijo priznati, da imajo težave z alkoholom, zato da ne bi bile označene kot "alkoholiki".

3.3 Odnos družbe do oseb z duševno motnjo

V nadalnje bodo opisani odnosi, ki jih ima današnja družba do oseb z duševnimi motnjami, ter kakšen vpliv ima to na njihovo življenje.

Družba namreč na osebe z duševnimi motnjami gleda s predsodki, strahom, nezaupanjem, odporom in razvrednotenjem, zaradi tega pacienti težko ohranijo občutek lastne vrednosti in se umaknejo vase (1, 4–8).

Callaghan in sod. (13) navajajo, da večini ljudi ni težko obiskati splošnega zdravnika ali iti v splošno bolnišnico, iti po pomoč v psihiatrično ustanovo, ki predstavlja ljudem zlovesč in skrivnosten kraj, pa je veliko težje. Razlog za tak odnos do obiska psihiatrične bolnišnice in izkoriščenje njenih dejavnosti, je zagotovo stigma do psihiatrije, duševnih motenj, in oseb z duševnimi motnjami. Zaviršek (8) ugotavlja, da je le redko katero področje človeškega življenja tako polno tabujev, stigme in nerazumevanja, kot so psihosocialne stiske oseb z duševno motnjo ter njihove izkušnje hospitalizacije v psihiatričnih ustanovah. Duševne stiske in psihiatrične diagnoze osebam z duševnimi motnjami in njihovim bližnjim prilepijo negativne identitete, ki na primer predstavljajo, da je ta človek nevaren, nezanesljiv, nesposoben za delo in ostale socialne obveznosti, slab starš in vzgojitelj ter da mu ne gre zaupati. Družba jih označuje z najrazličnejšimi neprimernimi oznakami, podcenjuje njihove zmožnosti ter jim s tem dela veliko krivico.

Raziskave o prisotnosti stigme, ki jih navaja Švab (5, 7), navajajo tri pomembne komponente sestavine stigme do duševne bolezni:

- **čustvena sestavina:** strah (bojim se ljudi z duševnimi motnjami).
- **kognitivna sestavina:** stereotipiziranje (ljudje s duševnimi motnjami so nevarni).
- **vedenjska sestavina:** zadržanost (izogibam se ljudem z duševno motnjo).

Preglednica 2: Miti in dejstva povezani z duševnimi motnjami (19)

| Miti o duševnih motnjah | Dejstva o duševnih motnjah |
|---|---|
| Duševne motnje se zgodijo ljudem šibkejšega značaja. | Duševne motnje lahko doživi vsak izmed nas. |
| Ko enkrat zbolíš za duševno motnjo, nikoli več ne ozdraviš. | Veliko ljudi doseže popolno ozdravitev, pri nekaterih pa se pojavlja, a jo ob ustreznem zdravljenju uspešno obvladujejo. |
| Duševne motnje niso prave bolezni. Posameznik si je sam kriv, da ima duševno motnjo. | Duševne motnje so posledica sprememb v delovanju možganov in so prav tako bolezni kot ostale (sladkorna bolezen, astma). |
| Osebe, ki potrebujejo psihiatrično pomoč, morajo biti zaprte v psihiatrični bolnišnici. | Večina oseb z duševno motnjo lahko živi doma ali v skupnosti, kadar je motnja dobro obvladljiva. |
| Osebe z duševno motnjo so bolj nasilne kot drugi. | Razlogi za nasilje, so občutek ogroženosti, prekomerno uživanje alkohola ali drugih psihoaktivnih substanc, tako kot pri ostalih. |
| Otroci in mladostniki nimajo duševnih motenj. | Te se pojavijo tudi pri njih, le da so te včasih težje prepoznavne, saj se lahko kažejo drugače kot pri odraslih. |
| Ljudje z duševnimi motnjami ne morejo opravljati odgovornih in pomembnih služb. | Ljudje z duševnimi motnjami lahko tako kot drugi opravljajo učinkovito delo. |

Osebe z duševno motnjo so skozi opise in navajanja številnih avtorjev opredeljene kot tiste, do katerih ima družba v širšem pojmovanju negativen odnos in pogled (4, 5, 6, 7, 18).

Švab (7) omenja stigo kot oviro, ki jo osebi z duševno motnjo na njegovi poti do večje samostojnosti postavlja prav družba. Erzar (16) se z njo strinja, ko pravi, da je v bistvu problem duševnih bolezni pravzaprav v tem, kako se nanje odziva družba. Švab (6, 7) je ugotovila, da se to kaže na primer skozi primere, da oseba z duševno motnjo ne dobi službe, kljub temu da se je priučila dela. Pa tudi njegovi svojci so stigmatizirani, niti najbližji prijatelji jih ne priznajo in so izpostavljeni posmehu ter žalitvam. Švab (7) omenja tudi, da je tako samozavest osebe z duševno motnjo nenehno hudo prizadeta. Posledice ožigosanja privedejo do osamljenosti, ki je vzrok, da se pacient zateče v svoj svet in se umika pred zunanostjo, da bi se izognil poniževanju.

Goffman (4) navaja, da ima posameznik, ki bi bil v običajnih socialnih odnosih zlahka sprejet, določeno lastnost, ki priteguje pozornost in hkrati odvrča družbo od sebe. Pravzaprav postane na tak način posameznik za družbo zanimiv, zato pa se družba zanima zanj. Taka oseba je nosilka stigme, nezaželene drugačnosti, polna obsodb in zaničevanja ter neprijetno odstopa od pričakovanj družbe. Lamovec (18) kritično ocenjuje, da družba misli, da osebe z duševno motnjo niso pravi ljudje. Avtorica navaja (prav tam) tudi raziskave o stališčih družbe do oseb z duševnimi motnjami, ki so razkrile, da bi večina ljudi za sodelavca, soseda, zakonca raje imela krininalca, kot pa bivšega uporabnika psihiatrične pomoči.

Prav tako Callaghan in sod. (13) navajajo možnosti, da se družba do oseb z duševnimi motnjami začne obnašati drugače: kakor da so nevarni, neumni ali oboje hkrati. Ne govorijo več z njimi, temveč o njih, ob njih se začnejo obnašati bolj previdno. Posledice strahu in ignoriranja duševnih motenj s strani družbe pa privedejo do tveganja, da izgubijo vse, kar ima vrednost v njihovem življenju: službo, izobraževanje, prijatelje, dom. Domača avtorica Švab (5, 7) ugotavlja podobne značilnosti; odnos, ki ga družba goji do stigmatizirane osebe in dejavnosti, ki jih opravlja v zvezi z njo, omenjeno osebo zelo obremenjujejo. Poudarja (prav tam), da družba že v osnovi ne verjame, da je stigmatizirana oseba čisto pravi človek, in da se to kaže, ko družba osebe z duševnimi motnjami na različne načine diskriminira, s čimer učinkovito zmanjšuje njene življenjske zmožnosti, včasih celo tako, ne da bi se tega sploh zavedala.

Švab (5) pravi da je družba nagnjena tudi k temu, da posamezniku s hibo pripiše še dodatne napake in nezaželene lastnosti. Včasih se v vsakodnevnem pogovoru uporabljajo

stigmatizirajoči izrazi, kot so: »bebec, psiho, norec«, kot vir metafor in podob, ne da bi pomislili na njihov prvotni pomen. Družba psihiatrične diagnoze pogostokrat malomarno uporablja za poimenovanje »neljubih oseb«, kar pa najbolj prizadene tiste posameznike, ki diagnozo resnično imajo in morajo z njo živeti (5, 7). Levine in Levine (25) poudarjata, da diskriminacija in stigma omejujeta razumevanje duševnih bolezni, nakazujeta pa, da se lahko proti stigmati borimo na preproste načine že tako, da se izogibamo žaljivih izrazov, kot so »nor, zmešan, psiho«, in za opis osebe s katerokoli boleznijo uporabljamo raje izraz »oseba z...«.

Goffman (4) opisuje položaj stigmatiziranega s stališča družbene obravnave na način, ki navaja, da družba stigmatiziranemu posamezniku prigovarja, da je normalen človek, a vendar, da je do neke mere drugačen in bi bilo neumno, da bi to zanikal. Omeniti gre, da predstava te razlike seveda izhaja iz družbe, kajti preden različnost dobi pomen, jo mora družba določiti. Kadar se stigmatiziranemu posamezniku pove, da je človek, kakor vsi drugi, se mu na kratko pove, da to je in da to ni. Pa če prav se ti, ki to omenjajo, ne morejo zediniti, v kolikšni meri je lahko eno ali drugo. Stigmatiziran posameznik se tako znajde v ozračju sporov in razprav, ki zadevajo to, kaj naj bi si moral misliti o sebi, istočasno ga profesionalci rinejo v različne smeri, kaj naj bi naredil in kaj čutil, kaj je in kaj ni in vse to njemu v dobro. Osebe z duševno motnjo se tako sprašujejo, kako upravljati napetosti, ki se ustvarijo v socialnih stikih, kako nadzirati informacijo o svoji pomanjkljivosti, ali jo razkriti ali ne, predvsem pa kdaj, komu, kako in kje (4).

Lamovec (18) navaja, da družba spremeni obnašanje do osebe z duševno motnjo, ta pa se začne zavedati, da njene besede nimajo več enakega pomena in teže. Ljudje ne poslušajo več vsebine, kaj oseba želi povedati, pač pa so osredotočeni le na način, kako bo to povedala, iščejo namreč simptome duševne motnje. Če oseba z duševno motnjo spregovori z besedami in naglasom, ki izražajo jezo, se pozornost sogovornika usmeri na značilnost glasu, ne pa na vsebino. Takšno odzivanje povzroči, da oseba z duševno motnjo ne izraža več stvari iz svojega zornega kota, pač pa se prilagodi po pričakovanjih drugih. V takih primerih lahko pride do izbruha krize, saj oseba čuti željo po samoizražanju, vendar tega ne more udeležiti. Ule (15) poudarja, da je glavna značilnost stigmatiziranega posameznika ta, da mora oseba zmeraj igrati neko igro, v kateri se navzven ostalim ljudem kaže kakor »normalna oseba«.

Corrigan in sod. (32) navajajo raziskave o pogledih javnosti na vzroke o duševnih motnjah, katere razkrivajo, da ima javnost glede na vzrok duševne motnje tudi drugačno mnenje. Člani širše javnosti, ki so pripisovali duševnim motnjam psihosocialne vzroke so navajali manj negativna mnenja o osebah z duševnimi motnjami, a so vseeno imeli poostren odnos do njih. Osebe, ki pa so pripisovale duševno motnjo genetskim vzrokom, so jih sicer manj obsojale, a hkrati imele bolj pesimistično mnenje, da si bodo te sploh kdaj opomogle k zdravju. Ugotovitve so torej, da neglede na pripisovanje vzroka, končno mnenje širše javnosti o osebah z duševno motnjo ostaja negativno zaznamovano.

Erzar (16) navaja primerjevalne raziskave o nekdanjem in sodobnejšem odnosu javnosti do oseb z duševno motnjo, ki so pokazale, da je ameriška javnost v 50. letih prejšnjega stoletja gledala na te bolezni kot na stanje, do katerega je imela poln predsodkov, stigmatizirajoč in odklonilen odnos. V 90. letih pa se je stanje omenjenega odnosa malce spremenilo v pozitivnem smislu. V sodobnem času je družba že začela razlikovati med lastnosti duševne bolezni in običajno žalostjo ali zaskrbljenostjo, katero lahko občuti včasih vsak posameznik. Pod duševne motnje sedaj družba prišteva tesnoba, depresijo in druge motnje ter vzroke teh motenj, pripisuje biološkim okvaram in stresu. Kljub boljšemu poznavanju duševnih bolezni je v omenjeni raziskavi navedeno, da se je v družbi povečal strah, da bi bile osebe z duševnimi motnjami lahko nasilne. V tem strahu je velik delež zgolj pripisovanja nasilja. Tveganje za nasilno vedenje se pojavi le pri ozkem spektru oseb z duševnimi motnjami, največkrat pri souporabi alkohola, in je omejeno bolj na družinske člane (16).

Številni avtorji (4-7, 33) navajajo ugotovitve, ki strmiijo k temu, da se je današnji odnos družbe do oseb z duševnimi motnjami, v primerjavi z nekdanjim odnosom izboljšal. Wrycraft (33) navaja rezultate primerjave med raziskavami iz leta 1993 in današnjimi, ki razkrivajo, da je pogled sodobne družbe na osebe z duševno motnjo postal bolj pozitiven, vendar je hkrati omenjeno da tudi v sodobni družbi še vedno prevladuje miselnost, da si osebe z duševno motnjo ne zaslužijo sočutja in da so breme za celotno družbo. Sicer pa bi bil že skrajni čas, da bi družba prišla do spoznanja, da so osebe z duševno motnjo že preveč časa izpostavljene posmehovanju, da bi bilo bolje pridobiti pozitivnejši odnos do njih ter prevzeti odgovornost za doseganje boljše oskrbe zanje (4-7, 33).

3.3.1 Vpliv stigme na vsakdan osebe z duševnimi motnjami

Corrigan in sod. (32) navajajo, da lahko stigma osebam z duševnimi motnjami škoduje na več načinov, zaradi katerih so v vsakdanjem življenju prikrajšane:

- **etiketiranje:** osebe z duševno motnjo se ne poslužujejo zdravstvenih storitev za izboljšanje svojega zdravja. Eden od razlogov za tako dejanje je, da si ne želijo, da bi trpeli stigmato, ki je povezana z označbo duševno bolan.
- **nedoseganje življenjskih ciljev:** osebe z duševnimi motnjami pogosto ne morejo pridobiti dobrih delovnih mest ali najti primerne stanovanja zaradi predsodkov, ki veljajo v družbi.
- **samostigmatizacija:** nekatere osebe z duševnimi motnjami ponotranjijo izkušnje stigme, kar bistveno vpliva na njihovo omejevanje samozavesti in lastne učinkovitosti.

Švab (6) in Artnik Knibbe (30) navajata, da so osebe z duševno motnjo najbolj prikrajšane na področju zaposlovanja, saj je možnosti za zaposlitev s podporo in prilagojenimi delovnimi mesti zanemarljivo malo v primerjavi z ostalimi invalidi.

Pogosto imajo osebe z duševnimi motnjami revne pokojnine in socialne podpore, s katerimi se komaj prebijajo skozi vsakdan. To lahko opredelimo kot stres, ki slabša potek njihove bolezni. Prikrajšani so tudi glede pravice do specialističnega zdravljenja in podpore, saj so kapacitete psihiatričnih ustanov preskromne, koncesionarske ambulate pa so težko dostopne zaradi čakalnih dob. Rehabilitacijske možnosti zanje so v primerjavi s telesno bolnimi pacienti skromne in vezane na socialne podporne službe. Pomanjkljive so ustanove, v katerih bi se lahko zdravile mladoletne osebe, te se morajo za zdaj zdraviti na oddelkih za odrasle, kar se smatra kot kršitev njihovih pravic in popolno zanikanje njihovih potreb (30). Osebe z duševnimi motnjami se po odpustu iz psihiatričnega bolnišničnega okolja znajdejo za zaprtimi vrati, saj je vrnitev na prejšnje delovno mesto največkrat onemogočeno, delodajalci pa to opravičijo s posodobitvijo delovnega procesa, s spremenjenimi pogoji dela in nezmožnostjo ustvarjanja primerne delovnega okolja zanje. Nezaposlenost osebe z duševnimi motnjami potiska na družbeni rob, zato ti največkrat podležejo pritiskom revščine ali se invalidsko upokojijo. Invalidska upokojeitev

prinese minimalno materialno varnost, ki žal ne omogoča niti osnovnega preživetja, zato so v veliki večini osebe z duševnimi motnjami odvisne od svojih bližnjih (6).

Goffman (4) navaja da odnos med osebo, ki je stigmatizirana, in posameznikom, ki je z njo povezan, povzroča, da družba obe osebi obravnava kot celoto. Tak primer predstavlja zakonskega partnerja osebe z duševno motnjo, ki si z njim deli slab glas. Nasploh je težnja, da se stigma širi od stigmatiziranega posameznika na osebe, ki so z njim povezane, razlog, zaradi katerega se ljudje odnosom z osebami z duševnimi motnjami izogibajo in jih prekinjajo. Peters in Jackson (10) ter Elder (29) navajajo, da starši otrok z duševno motnjo pogostokrat krivijo sami sebe za otrokovo bolezen in da zaradi sramu ter zadrege poskušajo prikrivati bolezen pred sorodniki, sosedi, kolegi. Peters in Jackson (10) opisujeta doživljanje mater otrok z diagnozo hiperaktivne motnje in pomankanja pozornosti, ki trpijo čustven stres zaradi obsodb drugih družinskih članov, učiteljev in tudi zdravstvenih strokovnjakov od katerih ne dobivajo dovolj podpore. Za otrokovo bolezen starši pogosto krivijo sami sebe, zato imajo bolj izražena depresivna stanja in so mnenja, da niso kos vzgoji omenjene populacije otrok.

Z boleznijo se bistveno spremeni življenje, ne samo osebe z duševno motnjo, pač pa tudi njegove celotne družine in bližnjih (4, 10, 29). Vsi morajo sprejeti drugačnost, se soočiti s potrebo po spremembah, po pridobivanju novih znanj in samostojnosti. Izolacija, stigmatizacija, pritiski družbe in nenehna skrb za obolelega povzročajo vsakodnevne strese znotraj družine, ki jih Švab (6) opredeljuje kot:

- **finančni stres:** poveča se skrb in iskanje drugih opcij zdravljenja, tudi v tujini, kar dodatno obremeni družinski proračun.
- **partnerski:** zaradi različnega odziva na bolezen, lahko nastajajo napetosti med partnerjema, kjer lahko pride tudi do razpada zakona.
- **socialni:** družbena izolacija se ustvari, ker se družina prizadetega člana odvrne od ostalih sorodnikov, prijateljev, znancev zaradi stigme in časovne stiske.
- **čustveni:** pojavljajo se občutki sramu, krivde, jeze, strahu, skrbi.
- **fizični:** poslabšajo se telesne bolezni (razjeda želodca, migrene).
- **duhovni:** obremenjevanje z osnovnimi vprašanji namena in smisla življenja, utečeni načini življenja in razmišljanje o njem so lahko omejeni (6).

Švab (6) in Razboršek (9) navajata, da so za osebe z duševno motnjo, ki živijo doma, najpogostejši skrbniki ženske; matere ali žene. Razboršek (9) še dodaja, da so ženske postavljene v vlogo načrtovalke skrbi, psihoterapevtke, medicinske sestre, gospodinje, kuharice, hišnice in so odgovorne za finance. Vendar se spodbuja k temu, da oseba z duševno motnjo živi čim bolj samostojno in prispeva h gospodinjskim obveznostim v družinski skupnosti. Pri spodbujanju k vključevanju v družinske dejavnosti in obveznosti se ugotavlja, da gre predvsem za terapevtski pristop, ki omogoča pridobivanje in izboljševanje raznovrstnih veščin socializacije.

3.4 Zdravstveni delavci in osebe z duševno motnjo

V tem poglavju bomo pozornost namenili predstavitvi zdravstvenih delavcev v psihiatriji, njihovih lastnosti in predvsem odnosov, ki se pojavljajo med njimi in osebami z duševnimi motnjami. Odnosi med njimi imajo veliko vlogo pri terapevtski obravnavi, njena učinkovitost pa je odvisna od tega ali so odnosi pozitivni ali negativni.

3.4.1 Zdravstveni tim v psihiatriji

Timi so običajno sestavljeni iz zdravnika psihiatra, psihiatrične medicinske sestre, delovnega terapevta, socialnega delavca in psihologa; v obravnavo so vključeni tudi drugi strokovnjaki, kot so psihoterapevt, muzikoterapevt, likovni terapevt (1).

Ključni zdravstveni strokovnjaki v psihiatriji in njihove vloge (25):

- **psihiatri:** so zdravniki, izobraženi za diagnosticiranje in zdravljenje duševnih motenj. Po končani Medicinski fakulteti opravijo specializacijo iz psihiatrije in specialistični izpit.
- **psihologi:** so za razliko od psihiatrov diplomanti psihologije na Filozofski fakulteti in imajo opravljeno specializacijo iz klinične psihologije. Glavna razlika med psihiatri in psihologi je, da lahko le psihiatri predpišejo zdravila, psihologi pa z njimi sodelujejo in samostojno vodijo psihoterapijo.
- **socialni delavci:** so diplomiranci Fakultete za socialno delo. Po koncu izobraževanja ti opravljajo strokovni izpit iz socialnega varstva. Usposobljeni so za zagovornike pacientov in njihovih svojcev.

- **medicinske sestre:** imajo končano fakulteto za zdravstveno nego, tehniki zdravstvene nege pa srednjo zdravstveno šolo. Zaposleni so v sektorju za duševno zdravje, za kar so posebej usposobljeni.
- **drugi člani tima:** pri zdravljenju so pomembni še drugi strokovnjaki, vključno z delovnimi terapevti, svetovalci, rekreacijski terapevti, rehabilitacijski terapevti. Nekateri v zdravljenju sodelujejo le za kratek čas, drugi pa nekoliko dlje (25).

3.4.2 Pacienti z duševno motnjo v psihiatrični obravnavi

Kogovšek in Škerbinek (1) navajata, da so osebe z duševno motnjo zaradi narave svoje bolezni za zdravstveno osebje bolj obremenjujoče. Strokovna usposobljenost osebja, osebna zrelost in toleranca so neprestano na preizkušnji. Delo s psihiatričnimi pacienti zahteva od osebja primerno moralno-etično trdnost, delovno in socialno zavest, sposobnost čustvovanja ter empatije.

Švab (7) omenja, da se od strokovnjakov, ki delajo na področju podpore oseb z duševnimi motnjami, zahteva spoštljiv, zavzet, pošten odnos in zanesljivost. Omenjene lastnosti služijo kakor temelji, na katerih lahko pacient osebju zaupa in gradi na lastni samozavesti.

Številni avtorji (1, 7, 13, 17) navajajo, da je potek zdravljenja osebe z duševnimi motnjami odvisen od kakovosti obravnave, kombinacije farmakoloških, socialnih in psiholoških pristopov. Obravnava pacientov z duševnimi motnjami je vedno timska, v njej sodelujejo različni strokovni delavci, od katerih vsak pripomore k boljši obravnavi in zdravljenju (1, 25).

Kot navajajo Kuklec (12) in Callaghan in sod. (13), se stigma in diskriminacija do oseb z duševnimi motnjami, ki sta prisotni v širši družbi, ne pojavljata zgolj tam, pač pa tudi med strokovnjaki na področju zdravstva. Zdravstveno osebje ima prevečkrat pesimističen pogled nanje in postavljene zidove pred njimi. Osebe z duševno motnjo občutijo, da jih zdravstveno osebje ne jemlje resno in da so obravnavani drugorazredno. Dejanja, ki ponazorijo ločevanje in razlikovanje med zdravstvenim osebjem ter osebami z duševnimi motnjami, se zdijo zdravstvenemu osebju samoumevna; vključno z ločeno uporabo skodelic, posode, stranišč in imajo močan vtis na osebe z duševnimi motnjami, ki se zaradi tega počutijo še bolj prikrajšane (13).

3.4.3 Zdravstveni delavci in njihov odnos do oseb z duševnimi motnjami

Zdravnik družinske medicine se med prvimi sreča s težavami v duševnem zdravju. Imeti mora sposobnost spoznati, kdaj telesni znaki in počutja odslikavajo duševne motnje (5, 14). Tudi na Slovenskem je sistem zdravstvenega varstva organiziran tako, da so zdravniki na primarni ravni tisti, ki se ob nastopu težav prvi srečajo s pacientom (26).

Kot ocenjuje Švabova (5), splošni zdravniki velikokrat spregledajo duševne motnje, od tega večinoma depresije. Vzrok tega je pomankanje veščin in spretnosti sporazumevanja ter ustreznega ukrepanja pri obravnavi duševnih motenj (14).

Ule (15) opozarja na dejavnike, ki ogrožajo odnos in komunikacijo med zdravnikom ter pacientom, med katere spadajo: pomankanje časa, osebna stališča zdravnikov in stereotipi o "dobrih" ali "slabih" pacientih ter njim primerna nadaljnja obravnava. Epidemiološki podatki kažejo, da imajo številni pacienti duševne motnje, a obstaja le majhen odstotek posvetov, ki jih zdravniki družinske medicine končajo z diagnozo duševne motnje, ti namreč paciente z duševnimi motnjami etiketirajo s slabšalnimi oznakami: »živčen, težaven, zahteven pacient, ne ve kaj hoče« (14). Če povzamemo: na končni nezadovoljiv rezultat vplivajo negativen odnos zdravstvenega osebja, pacientovo neprepoznavanje lastnih problemov, težja komunikacija z njimi in ozračje v družbi, ki duševni motnji še vedno ne prizna enakega položaja kakor telesni bolezni. Pacient je največkrat odslovljen z anksiolitiki ali z zanikanjem obstoječih težav, česar pa nikakor ne moremo razumeti kot uspešno obravnavo.

Psihiatrično zdravljenje v instituciji ne nudi kontinuiranega zdravljenja, bivališča ali zaposlitve, pod določenimi pogoji lahko nudi socialno oporo, vendar zgolj dokler je oseba še v bolnišnici. Na tak način osebi z duševno motnjo ni omogočeno, da bi si povrnila položaj v družbi, pač pa se zgodi, da posameznika, ki je bil deležen omenjene oskrbe, družba stigmatizira in ga odtuji od družbene skupnosti (34).

Tušek Bunc in Kersnik (14) sta ocenila, da je napotitev v psihiatrično institucijo proti pacientovi volji nedvomno ena najtežjih nalog zdravnika v osnovnem zdravstvu. Zdravniki družinske medicine se s tem srečujejo takrat, ko so soočeni z bolnikom v akutni fazi duševne motnje, ki zahteva urgentno ukrepanje. Tu gre za zahtevno odločitev, za katero morajo biti izpopolnjeni določeni pogoji in mora biti opravljena na način, da bo pravilno

izvedena. Lamovec (18) opozarja, da ima hospitalizacija na tak način lahko tudi škodljive učinke. Navaja (prav tam), da se pacienti zaradi tega počutijo zapuščeni in izdani ter menijo da jih je prav hospitalizacija pognala v psihozo in da so jim v psihiatrični bolnišnici bile odvzete pravice, kar doživljajo kot poniževanje.

Liden in Kavanagh (11) navajajo da širša javnost misli, da imajo strokovnjaki na področju zdravstva drugačne poglede kot širša družba, ki stigmatizira osebe z duševnimi motnjami. Odnosi med zdravstvenimi delavci, ki delajo v psihiatričnem okolju do oseb z duševnimi motnjami, so med drugim tudi negativni ter obsojajoči. Poleg tega (prav tam) omenjajo raziskavo o odnosih med zdravstvenimi delavci in osebami z duševni motnjo, ki razkriva, da si še najmanj stika z omenjenimi osebami želijo psihiatri, sledijo jim medicinske sestre, psihologi in ostali terapevti. Da bi se stanje poskusilo izboljšati, so bili podani predlogi za izboljšanje odnosa in zmanjševanje stigme, ki temeljijo na povečanem medosebnem stiku z osebo z duševno motnjo. Glede na to bi morale imeti osebje, zaposleno v psihiatriji, bolj strpno in pozitivno stališče do oseb z duševno motnjo kakor zdravstveno osebje, ki nima tolikšnega stika. Primerjalni rezultati raziskav sicer res navajajo, da imajo medicinske sestre, ki so zaposlene v psihiatričnem okolju ter imajo več stika s pacienti z duševnimi motnjami, bolj pozitiven odnos v primerjavi s tistimi, ki so zaposlene v somatski obravnavi, ali tistim osebjem, ki ima manj stika z njimi. Količina in vrsta stika sta torej podatka, iz katerih se izsledi razlike v obravnavi in odnosu, ki se pojavljajo med zaposlenimi v zdravstvu (11).

Ugotovitve raziskav v literaturi, ki preučujejo stike med zdravstvenimi delavci in osebami z duševnimi motnjami, ki jih navajajo Chambers in sod. (35), razkrivajo, da sicer večina literature navaja, da povečan stik pripomore k pozitivnejšem stališču do oseb z duševnimi motnjami, vendar vseeno ne navaja čisto vsa literatura istega mnenja. To je dandanes še vedno stvar razprave in predlagano je, da bi bilo potrebnih več raziskav o vplivu stika na mnenje ter odnos, ki ga imajo zdravstveni delavci do oseb z duševnimi motnjami.

Liden in Kavanagh (11) prav tako navajata študije, ki se navezujejo na odnose med zdravstvenimi delavci in osebami z duševnimi motnjami, ki kažejo, da imajo psihiatri in medicinske sestre, ki skrbijo za lokalno okolje, pozitivnejši odnos od medicinskih sester v psihiatričnem okolju. Vendar smo takemu odnosu lahko pripisali pojasnilo: medicinske sestre v psihiatričnem okolju so v večjem stiku s pacienti v akutnih fazah, kar pomeni, da

so izpostavljene potencialni nevarnosti, zato si upravičeno želijo manj stika z njimi. Opravičljivo je mnenje, da se medicinske sestre ob povečanem stiku s pacienti v akutnih fazah počutijo ogrožene in ne morejo kvalitetno opravljati svojega dela, kar vpliva na zdravstveno obravnavo pacienta in navsezadnje na njihovo mnenje o pacientih z duševnimi motnjami. Kot ugotavljata Caldwell in Jorm (36), pa ima povečan stik s pacienti z duševnimi motnjami tudi pozitivne strani. Omenjeno je (prav tam) da imajo medicinske sestre, ki so v večjem stiku s pacienti, v primerjavi z ostalimi zaposlenimi v psihiatričnem okolju boljši vpogled glede njihovega trenutnega stanja in prognoze zdravljenja, saj jim ravno količina povečanega stika omogoča nadzor nad zdravstvenim stanjem, ki ga ostali zaposleni zlahka spregledajo.

3.5 Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja

V tem poglavju se bomo dotaknili teme, ki se navezuje na zdravstveno nego na področju psihiatrije. Tu je opisana zdravstvena nega v preteklosti in njen pomen v sodobnem času. Predstavljeno je delo psihiatrične medicinske sestre in njenih lastnosti. Poglavje omenja tudi problematične odnose, ki se pojavljajo v psihiatrični zdravstveni negi, s strani medicinskih sester, ki se včasih ne zavedajo pomena terapevtske obravnave.

Psihiatrična zdravstvena nega je specialno področje prakse zdravstvene nege, ki se ukvarja s posameznikom z duševnimi motnjami, družino ali širšo skupnostjo na primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu (1). Osnovna značilnost psihiatrične zdravstvene nege je terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki je usmerjen v prizadevanje za pospeševanje ter podpiranje vedenja, cilj katerega je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje. Namen procesa psihiatrične zdravstvene nege je opredeljen kot pomoč pacientu, ki ga vodi do večje uspešnosti in zadovoljstva v življenju (1, 17).

3.5.1 Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege po svetu in v Sloveniji

Gnezda (37) navaja širok opis razvoja preteklosti psihiatrične zdravstvene nege. Opisuje (prav tam), da je razvoj zdravstvene nege močno zavrl in zaznamoval vpliv ljudske podobe medicinske sestre, vpliv religije v srednjem veku in podoba medicinskih sester kot hišnih pomočnic, ki se je oblikovala v 16. in 19. stoletju. V 19. stoletju pa je Florence Nightingale (1820–1910) dokazala pomen zdravstvene nege, njene organiziranosti in kvalitetnega

izvajanja. Pred letom 1860 je v psihiatričnih in podobnih ustanovah negovanje obsegalo predvsem varovanje ter nadzor, tega pa so izvajali slabo izobraženi strežniki. Za prvo psihiatrično medicinsko sestro velja Linda Richards, ki je začela organizirati izobraževanje za nego duševno bolnih v mestni bolnišnici Illinois. Poudarjala je potrebo po upoštevnosti tako fizičnih kot psihičnih pacientov. Leta 1882 se je odprla prva šola za psihiatrične medicinske sestre, šolanje pa je trajalo dve leti. Po 2. svetovni vojni so bile spremembe v zdravstveni negi očitne in hitre, Ameriški kongres je leta 1946 sprejel nacionalno listino o duševnem zdravju, ki je vsebovala tudi navodila za izobraževanje medicinskih sester na področju psihiatrične zdravstvene nege. Kasneje, leta 1952, je Hildegard Pepalu objavila knjigo *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi*, v kateri so objavljene veščine, aktivnosti in cilji psihiatrične nege, ter tako opredelila prvo sistematično delo s področja psihiatrične nege. Psihiatrična zdravstvena nega se je razvijala vzporedno s stroko psihiatrije. Dejstvo je, da je v Sloveniji o razvoju psihiatrične zdravstvene nege napisanega zelo malo. V zgodovini obravnave pacienta z duševno motnjo na Slovenskem smo zasledili ključne dogodke: mejnik v skrbi za duševno obolele je bil v letu 1821, ko so odprli majhen oddelek v Ljubljanski civilni bolnišnici. Leta 1878 pa so na pobudo Karla Bleiweisa na robu mesta zgradili dva paviljona za duševno obolele, ki sta bila organizirana kot azil, zanje pa so skrbele nune in nešolano osebje. 2. svetovna vojna je zavrla razvoj psihiatrične obravnave, veliko psihiatričnih pacientov je bilo v tistem času obsojenih na smrt. Po vojni pa se je stanje izboljšalo tako v širnem svetu kot tudi pri nas. Na novo so se začele ustanavljati nove psihiatrične ustanove v opustošenih vojašnicah, gradovih, graščinah na obrobju mesta, saj so se zdela ljudem ta poslopja primerna za duševno obolele. Takrat je medicinskih sester primanjkovalo, zato se je sistem izobraževanja medicinskih sester večkrat spreminjal. Prva izšolana medicinska sestra v slovenski psihiatriji se je zaposlila leta 1953. V 70. letih so se začela odpirati vrata oddelkov, takrat so se psihiatrične bolnišnice iz azilskih ustanov spremenile v pacientom bolj prijazne in navzven odprte bolnišnice. Vzpostavil se je tudi strpnejši odnos do pacientov, uvajanje psihoterapevtskih in socioterapevtskih metod, terapevtskih skupnosti ter rehabilitacijskih programov. Medicinske sestre so vrsto let delale predvsem le po navodilih zdravnikov psihiatrov, z uvajanjem novih metod pa se je pojavila potreba po pridobivanju novih znanj in izobraževanja (37).

3.5.2 Pomen terapevtske komunikacije v zdravstveni negi

Kakovostno zdravljenje sloni na strokovnemu znanju in ustreznemu odnosu do pacienta. Učinkovita komunikacija s strani osebja pa dodatno izboljšuje uspehe zdravstvene obravnave. Gorše Muhič (38) in Rungapadiachy (39) navajata, da je komunikacija bistven del nudenja zdravstvene oskrbe, saj je ta bistvenega pomena pri vseh odnosih, tudi odnosih med zdravstvenimi delavci in pacienti. Komunikacija omogoča izmenjavo in posredovanje informacij, občutkov in čustev med dvema ali več osebami. Z razvojem stroke in veljavnosti sodobnih metod dela, ki dejavno vključujejo pacienta v obravnavo, postaja komunikacija v zdravstvu vse bolj pomembna, saj delo s pacientom narekuje neprestano komunikacijo (38). Komunikacija je več kot samo medsebojna izmenjava sporočil, je terapevtsko sredstvo. Za uspeh zdravljenja se pripisuje pomembnost vzpostavljanja pristnega medosebnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Pogoji za učinkovito terapevtsko komunikacijo je, da medicinska sestra s pacientom zgradi partnerski odnos, ki temelji na pristnosti, spoštovanju in sposobnosti empatije do pacienta (38, 39). Ule (15) navaja, da je dobro komuniciranje tisto, ki presega ekonomske, sociokulturne in medosebne razlike ter proizvaja zaupanje, spoštovanje in sodelovanje.

Medicinska sestra se mora zavedati, da komunikacija ni spontan proces, ampak terapevtska spretnost, ki se je je potrebno naučiti in jo ohranjati. Znati komunicirati namreč pomeni prilagoditi svojo komunikacijo konkretnemu cilju in pacientu (38).

Temelj skrbstvenega dela je predvsem zaupen odnos, kar je zelo pomembna komponenta kateregakoli medosebnega odnosa med dvema osebama. Sestavni del terapevtske komunikacije so torej zaupnost, odkritost in empatija. Tschudinova (40) poudarja, da je pomembno, da zaupanje poteka obojestransko. Če je eden od udeležencev v odnosu strokovnjak, mora biti drugi popolnoma prepričan, da mu lahko zaupa, kajti odkritost je temelj medosebnega zaupanja. Skrbstveno delo naravno goji zaupanje brez omejitev, odvija se brez nasilja, ustvarja nepokrovitelske odnose, ki niso osnovani na strahu ali nemoči, ampak na sodelovanju in medsebojnem spoštovanju (15, 38, 40). Tschudin (40) povzema mnenja Tubbsa in Mossa, ki zaupanje opisujeta kot prepričanje oziroma občutek osebe, da ji druga oseba ne bo škodovala.

3.5.3 Vloga medicinske sestre na področju psihiatrije in duševnega zdravja

Poglavitno delo medicinske sestre je oblikovanje odnosa s pacientom, ki ga je treba sprejeti takega, kot je. Poleg tega je delo medicinske sestre tudi vrsta ukrepov, ki so namenjeni zagotavljanju terapevtskega okolja in ukvarjanja s telesnimi, duševnimi ter socialnimi problemi pacienta (1, 39). Vendar ni dovolj, da je medicinska sestra samo seznanjena z duševnimi obolenji, ampak mora tudi razumeti pacientovo duševnost in storiti vse, da ublaži njegove stiske. Dobra psihiatrična zdravstvena nega ni delo za pacienta, temveč delo z njim (1).

Procesna metoda dela v zdravstveni negi omogočajo individualno, humano, strokovno obravnavo posameznika, družine in širše skupnosti ter prispeva h kakovostnejšemu delu in odnosu (1, 39). Medicinska sestra zagotavlja kontinuirano zdravstveno nego, zavezuje k dokumentiranju in preverjanju uspešnosti ter spodbuja k sodelovanju v timu. Medicinska sestra psihiatrične zdravstvene nege opravlja vrsto strokovnih nalog: je članica negovalnega tima, zagotavlja zadovoljevanje pacientovih fizičnih, socialnih in psiholoških potreb (1) .

Osnovni pogoj za uspešno delo s pacienti z duševnimi motnjami je zaupanje (1, 38-40). Nezanemarljive pogoje pa predstavljajo tudi strokovno znanje, empatija in osebna zrelost. Pomembno je, da se medicinska sestra znebi vseh predsodkov do duševnih pacientov, sicer strah in nezaupanje negativno vplivata na medsebojni odnos in obravnavo. Bolezenske znake in vedenje mora prepoznavati kot znamenja duševne bolezni ter jih ne zamenjevati z zlobo, trmo ali neposlušnostjo (1). Callaghan in sod. (13) navajajo, da odnosi med medicinsko sestro in pacientom, ki temeljijo na spoštovanju, sočutju ter toplini, ne vplivajo le na izvedbo dejavnosti medicinske sestre, pač pa tudi posredujejo terapevtsko vrednost. Tudi po navedbah Kogovšek in Škerbinek (1) ima ustrezen odnos do pacientov z duševno motnjo neposreden terapevtski učinek, ki pacientom omogoča boljše počutje. Običajno imajo medicinske sestre največ stika s pacientom, zato je njihov odnos do njih še kako pomemben (36, 1).

Clarke in Walsh (41) sta ugotovila, da na potek obravnave pacienta z duševnimi motnjami vpliva več dejavnikov kot so na primer vzgoja in življenjske izkušnje, katere pa imajo vpliv na prepričanja in vrednote ter vedenje medicinske sestre. Včasih to utegne privedi do tega,

da medicinska sestra postane obsojajoča in dobi napačne predpostavke, kar povzroča probleme v njenemu profesionalnem odnosu s pacientom. Nič kaj nenavadnega ni, da se medicinska sestra spoprijema z negativnimi občutki, vendar je pomembno da jih prepozna, da lahko v nadaljevanju izpelje profesionalen odnos s pacientom.

Pomembno je omeniti, da se neobsojajoč odnos razkriva v osebnem pristopu, kar okrepi izgradnjo odnosa in je pričakovana sposobnost psihiatričnih medicinskih sester (13, 41). Medicinska sestra si tako zaupanje pridobi z spoštovanjem, prijaznostjo, toplino, jasno komunikacijo, empatičnim poslušanjem, zanesljivostjo in nudenjem opore (38).

3.5.4 Problematični odnosi medicinskih sester do oseb z duševnimi motnjami

Številni avtorji (11-13) so ugotovili, da prihaja do problematičnega odnosa medicinskih sester do pacientov z duševno motnjo. Callaghan in sod. (13) povzemajo mnenja pacientov, ki medicinske sestre opisujejo z negativnimi lastnostmi, kot so pomanjkanje navdušenja do dela, provokativnost, nespoštljivost in nedostopnost. Ti dejavniki so ključni in negativno vplivajo na medosebni odnos med medicinsko sestro ter pacienti z duševnimi motnjami. Navedene pomanjkljivosti in obolenja pacientov ter vpletenost pritiskov bolnišničnega osebja gradi bariere pred terapevtskim odnosom med pacientom in osebjem. Pacienti navajajo, da so nezadovoljni predvsem zaradi hitre menjave osebja in in njihove nizke morale ter neprimerne vedenja (13).

Kuklec (12) pa navaja tudi pritoževanje s strani osebja, ki dojemajo paciente kot manipulativne, željne pozornost, nadležne in nasploh manj zaželene. Prav tako avtorica (prav tam) navaja, da tudi strokovnjaki na področju psihiatrije lahko pripomorejo k nastanku stigme. Svoje delo namreč dojemajo kot depresivno in jalovo, saj so prisiljeni delati z nevarnimi pacienti in se zato počutijo ogrožene. Prav tako Nolah in sod. (42) ugotavljajo, da je eden glavnih problemov v psihiatričnih institucijah nasilje nad osebjem, zlasti nad medicinskimi sestrami, povzročeno s strani oseb z duševnimi motnjami. To medicinskim sestram predstavlja stresor v socialnem in poklicnem življenju, zato prihaja do vse večje nestrpnosti in pritožb z njihove strani. Medicinske sestre, ki so mlajše in imajo manj izkušenj imajo več verjetnosti, da postanejo žrtve nasilja, prav tako so ogrožene tudi tiste, ki so nepripravljene posvetovati se z ostalimi člani tima, imajo slabe komunikacijske sposobnosti, so brez izkušenj na področju psihiatrične zdravstvene nege,

ne poznajo diagnostike pacientov, so prejele manj usposabljanja in ne razumejo pomena terapijskega okolja. Tudi raziskava, ki jo navajata Liden in Kavanagh (11), potrjuje, da je eden največjih dejavnikov, ki privede do negativnega odnosa in mnenja medicinskih sester o osebah z duševnimi motnjami, izkušnja s nasiljem s strani omenjenih oseb v psihiatričnem okolju.

Kultura, pritiski družbe in način izobraževanja zdravstvenih delavcev imajo pomembno vlogo pri izoblikovanju njihovega odnosa do oseb z duševno motnjo (35, 43). Tuja raziskava o odnosu zdravstvenih delavcev do oseb z duševno motnjo, ki jo navajajo Chambers in sod. (35), omenja, da se odnos medicinskih sester do oseb z duševnimi motnjami razlikuje tudi glede na njihovo nacionalnost. Psihiatrične medicinske sestre imajo sicer pozitiven odnos do oseb z duševno motnjo, vendar imajo medicinske sestre na Portugalskem precej pozitivnejši odnos v primerjavi z Litvijskimi medicinskimi sestrami. Opažene razlike v odnosu do oseb z duševnimi motnjami, bi se lahko opredelile kot posledice, povezane s širšo družbo, kulturo in organizacijo izobraževanja zdravstvene nege. Tudi Muna in sod. (43) navajajo zanimivo raziskavo glede negativnega odnosa zdravstvenih delavcev do oseb z duševnimi motnjami, ki so zaposleni v državah v razvoju, kjer je pomanjkljivo znanje in iznakažena percepcija o dojemanju duševnih bolezni. Tu imajo pomembno vlogo kultura in prepričanja brez znanstvene podlage, da so duševne motnje posledice nadnaravnih sil. Posredno to vpliva tudi na odnos zdravstvenega osebja do oseb z duševno motnjo, zato imajo tu zdravstveni delavci do oseb z duševnimi motnjami še bolj negativen odnos.

Odnos med medicinsko sestro in pacientom postavlja predpogoj za celostno obravnavo, zato je vzpostavitev pozitivnega medsebojnega odnosa zelo pomemben. Odnos je sestavljen iz več plasti in je tesno povezan z znanjem, ki je bilo pridobljeno iz različnih virov, kot so izobraževanja, usposabljanja ter osebne izkušnje (35, 42-44). Obstajajo pa mnenja, ki so kritična do raziskav, ki preučujejo odnos, ki ga imajo zdravstveni delavci do pacientov z duševno motnjo, kajti študije o odnosu medicinskih sester do oseb z duševnimi motnjami so redke in zato je zaenkrat nemogoče ugotoviti konstantne sklepe o pozitivnih ali negativnih odnosih ter odkriti dosledne dejavnike, ki bi oblikovali in vzdrževali en ali drug odnos (35).

3.6 Destigmatizacija oseb z duševno motnjo v zdravstveni negi

V nadalnje bomo predstavili kako zelo je pomembno izobraževanje zdravstvenih delavcev. Izobraževanje ima veliki pozitiven vpliv na destigmatizacijo, različne oblike izobraževanja pa so omenjene v nadalnjem.

Strokovnjaki na področju duševnega zdravja imajo dolžnost, da se postavijo stigmati, diskriminaciji in socialni izključenosti oseb z duševnimi motnjami po robu, podpirajo ter promovirajo pozitiven pogled na duševno zdravje. Pomembno vlogo imajo pri prizadevanjih za zmanjševanje stigmatizacije in diskriminacije, saj imajo pogoste stike z osebami z duševnimi motnjami in odgovornost za zdravljenje ter rehabilitacijo oseb z duševno motnjo (11, 12, 33, 42).

Kuklec (12) omenja, da bi bilo smiselno, da bi z osebami z duševno motnjo sodelovale pri zdravljenju osebe, ki so tolerantne do njih in jih razumejo. Zdravstveni delavci naj bi bili dovolj zreli in neobsojajoči, zavedati bi se morali svojih vrednot in odnosa, ki ga imajo do oseb z duševno motnjo, biti bi morali odprti in se zanimati za osebe z duševno motnjo (43). Mnenja strokovnjakov, ki obravnavajo osebe z duševnimi motnjami, imajo močan vpliv na zdravljenje in pozitivno obravnavo teh (11).

Tudi medicinske sestre so lahko diskriminajoče (12, 13, 15). Včasih se te zaradi hitrega tempa, rutinskega dela in negativnega odnosa, sploh ne zavedajo da pacientom škodujejo in jim tako ne pripomorejo k izboljšanju njihovega počutja. Pacienti z duševnimi motnjami navajajo občutno pomankanje zaupanja tako v medicinske sestre kot v njihove sposobnosti, zato za izboljšanje odnosa z njimi predlagajo medicinskim sesteram, da izboljšajo veščine komunikacije, povečajo razpoložljivost in fleksibilnost ter medsebojno sodelovanje (13).

Pacienti s težavami v duševnem zdravju od medicinske sestre pričakujejo vsestransko vlogo: kombinacijo dobre psihiatrične prakse in socialnih veščin ter podporo v času zdravljenja. Pričakujejo, da obvladajo postopke, ki so povezani s klinično prakso in medosebno komunikacijo ter pozitiven odgovor tudi med izvajanjem obsežnih pristopov, ko so okoliščine otežkočene. Želijo si skladnega odnosa z medicinsko sestro, ki je strokovno usposobljena na svojem področju in ima primerne pozitivne osebnostne lastnosti (13). Pomembno je, da je medicinska sestra sposobna pacientu nuditi zavetje na različne

načine in v različnih obdobjih, saj tako vzpostavi boljši terapevtski odnos z pacientom. Clarke in Walsh (41) omenjata da so zaželjene lastnosti medicinske sestre tiste, ki pripomorejo k poslušanju in dojemanju tega, kar želi pacient o sebi povedati.

3.6.1 Pomen izobraževanja zdravstvenih delavcev pri destigmatizaciji oseb z duševnimi motnjami

Medicinske sestre se morajo zavedati svojih negativnih prepričanj zlasti med komunikacijo s pacientom, kajti stigma ima lahko močan negativen vpliv na rezultate zdravstvene obravnave. V odpravo teh so razna izobraževanja medicinskim sestram objasnila, kako zelo pomembne so medosebna komunikacija in osebnostne lastnosti v obravnavi pacienta (11, 13, 15). Pozitivnejši odnos do oseb z duševno motnjo se izkaže predvsem pri tistih zdravstvenih delavcih, ki imajo izobrazbo na nivoju mature ali diplome iz zdravstvene stroke (11). Podobne ugotovitve navajajo tudi Chamers in sod. (35), ko navajajo raziskave o vplivu izobrazbe na odnos zdravstvenih delavcev do oseb z duševnimi motnjami, ki razkrivajo, da ima kvalificirano osebje z višjimi stopnjami izobrazbe in tisti, ki imajo specializirano klinično usposabljanje na področju psihiatrične zdravstvene nege, pozitivnejšo naravnost do oseb z duševnimi motnjami. Svetovna zdravstvena organizacija se zaveda pomena izobraževanja in se osredotoča na potrebo po dobro izobraženemu ter usposobljenemu negovalnemu osebju, ki bo v nadaljnje skrbelo za osebe z duševnimi motnjami (44).

Corrigan in sod. (32) navajajo, da lahko izobraževanje zmanjša stigmo do duševnih bolezni; omenjajo številne študije o pozitivnih učinkih izobraževanja, ki kažejo, da udeležba na kratkih tečajih o duševnih boleznih in zdravljenju vodi do boljših odnosov do ljudi z duševnimi motnjami.

Negativen odnos zdravstvenih delavcev se lahko razvije že preden so sploh začeli svojo poklicno izobraževanje. Zato je potrebno negativne stereotipe o osebah z duševnimi motnjami preprečiti, še preden se pojavijo, zlasti pri mladih med izobraževanjem, saj ti nimajo vedno jasnega koncepta o duševnih motnjah. Izobraževanja pri tej populaciji pa so na žalost zelo šibka in manj obsežna in ne pripomorejo k obveščanju o duševnih motnjah ter boju proti stigmati (45).

Pomembno je podpirati izobraževanja medicinskih sester, zlasti tistih, ki še niso kvalificirane in so še v fazi izobraževanja, da razvijejo sposobnosti primerne medsebojne komunikacije ter primernega odnosa do pacientov z duševno motnjo (11, 32, 47). Osebe, ki so odgovorne za izobraževanje študentov, naj bi tekom izobraževanj študentom omogočile razprave, preko katerih bi študenti prišli do lastnega stališča, predpostavk in izrazili svoja mnenja glede duševnih motenj z želenim ciljem zmanjšati stigmatizacijo (11, 13).

Tudi študentje zdravstvene nege se tekom svojega študija lahko srečajo z različnimi negativnimi odnosi in pogledi na duševno bolezen (33, 36, 45). Pomembno je, da si kot bodoči strokovnjaki na svojem področju ustvarijo konstruktiven in samozavesten pristop k zmanjševanju negativnih ter stigmatizirajočih odnosov (33). McCann in sod. (45) navajajo raziskave o mnenjih študentov zdravstvene nege o osebah z duševnimi motnjami ki razkrivajo, da imajo študentje ob zaključku študija manj stigmatizirajoče mnenje, kot so ga imeli na začetku, kar se lahko pripiše teoretičnemu in kliničnemu izobraževanju, ključen dejavnik, ki je pripomogel k izboljšanju pogleda, pa je bil osebni stik z osebami z duševnimi motnjami. Ugotovljeno (prav tam) je bilo tudi, da prav vsi študentje niso spremenili svojega mnenja, tisti, ki so preko kliničnega usposabljanja opazili ali doživeli negativne dogodke, so na podlagi teh razvili negativna prepričanja in odnos do oseb z duševnimi motnjami. Ocenjujejo, da je to normalen odziv študentov, ki se pojavi ob neželenem dogodku (45).

Za medicinske sestre, ki so že dosegle naziv strokovnjaka v zdravstveni negi, je pomembno, da prepoznajo svoje pomanjkljivosti, zlasti tiste, ki jih navajajo pacienti in tako pripomorejo k izboljšavi njihovih odnosov do oseb z duševnimi motnjami (13). Prav tako tudi zanje velja, da zavzemanje za podpiranje raznih antistigmatizacijskih kampanj pripomore k izobraževanju ter zmanjševanju stigme do oseb z duševnimi motnjami (33).

Razne strategije, ki se zavzemajo za zmanjševanje stigme s strani zdravstvenih delavcev do oseb z duševnimi motnjami, slonijo na izboljšanju strokovnega znanja, zagotavljanju kakovostnih profesionalnih kontaktov in preprečevanju izgorevanja med zdravstvenimi delavci (35, 46).

Pozitivni odzivi glede izobraževanja zdravstvenih delavcev gredo tudi na račun spleta. Splet v današnjem času zagotavlja stroškovno primeren in lažje dostopen vir informacij za vse, zato se pričakuje, da bo v nadaljnje imel pomembnejšo vlogo pri zagotavljanju izobraževanja tudi zdravstvenih delavcev. O uporabi in učinkovitosti medmrežnega učenja pri zagotavljanju izobraževanja zdravstvenih delavcev je sicer še premalo raziskano, vendar se dejstva sklicujejo na to, da so bili spletni antistigmatizacijski programi, ki so bili usmerjeni v laike, uspešni pri zmanjševanju stigmatizacijskega odnosa do oseb z duševnimi motnjami (46).

4 PREDLOGI IZBOLJŠAV

Cilj naše naloge je bil odgovoriti na tri raziskovalna vprašanja, ki se nanašajo na odnos do osebe z duševnimi motnjami, in sicer: Kakšen je odnos družbe do osebe z duševno motnjo? Kakšen je odnos zdravstvenega osebja do oseb z duševno motnjo? Kako lahko stroka zdravstvene nege vpliva na destigmatizacijo?

Na vprašanje, kakšen je odnos družbe do oseb z duševnimi motnjami, smo preko analize pregledanih ključnih mnenj avtorjev (4–7, 18) ugotovili, da ima družba dandanes stigmatizirajoč odnos do duševne motnje, kar pa negativno vpliva na življenje oseb z duševnimi motnjami in jih ovira v njihovem vsakdanjem življenju. Meden Klavora (2) navaja, da je bil odnos do duševne motnje že v zgodovinskih časih poln sovraštva, prezira in predvsem strahu. Kot že omenjeno, tudi današnja družba prav tako vzdržuje odklonilen in podcenjujoč odnos do omenjenih oseb. Razlogi za tak odnos so po navedbah številnih avtorjev (4–7, 18) predvsem v neznanju, nepoznavanju duševnih motenj, pripisovanju neresnic, kar je vzrok strahu pred osebami z duševnimi motnjami.

Predlagamo, da bi bilo potrebno večje ozaveščanje sodobne družbe o duševnih motnjah preko antistigmatizacijskih strategij in poudarek na izobraževanju o tej temi v izobraževalnih institucijah, ki se jih poslužujejo mladi, da bi negativna prepričanja preprečili že v zgodnji fazi.

Na drugo raziskovalno vprašanje, ki se navezuje na odnos zdravstvenega osebja do oseb z duševnimi motnjami odgovarjajo naslednji številni avtorji (12, 13, 15), ki navajajo, da odklonilnega odnosa do oseb z duševno motnjo nima le širša družba, pač pa tudi strokovno izobraženo osebje na področju zdravstva. Čeprav je osebje prejelo strokovno izobrazbo na področju duševnih bolezni v času svojega izobraževanja, se še vedno pojavlja stigma do pacientov z duševnimi motnjami s strani osebja v psihiatrični obravnavi, kar pa močno zavira terapevtski odnos in ne pripomore k boljšemu počutju pacienta.

Nadalje smo poskušali ugotoviti, kako lahko stroka zdravstvene nege vpliva na destigmatizacijo oseb z duševnimi motnjami. Še posebej preko mnenj avtorjev (11, 35, 43) smo ugotovili, kako zelo pomembno vlogo ima izobraževanje pri izboljšanju odnosa zdravstvenih delavcev do oseb z duševnimi motnjami. Omenjeno je, da se je

stigmatizirajoč odnos študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi motnjami preko izobraževalnih programov zmanjšal, a se je ta znova pojavil pri medicinskih sestrah, ki imajo izkušnje z delom v psihiatrični obravnavi, vendar ne v tolikšni meri, kot ga imajo tiste, ki delajo izven psihiatričnih ustanov.

Ocenjujemo, da bi bilo potrebno študente zdravstvene nege dodatno poglobljeno izobraziti o pomenu terapevtskega odnosa v obravnavi pacienta z duševnimi motnjami. Preko diskusij in povečane količine kliničnega usposabljanja pod strokovnim vodstvom ter svetovanjem mentorja bi bilo študentom omogočeno, da bi dobili izkušnje s komuniciranjem z osebami z duševnimi motnjami in s tem razvili manj stigmatizirajoč odnos do njih.

Za medicinske sestre, ki so v večjem stiku z osebami z duševnimi motnjami, bi bilo potrebno organizirati več različnih oblik izobraževanj, ki bi razkrivala pomen kakovostnega odnosa ter pozitivne učinke dobre terapevtske komunikacije. Zaželeni bi bili tudi skupinski sestanki pod vodstvom strokovnega moderatorja, kjer bi bile omogočene razprave na temo, kako dosegati boljši in manj stigmatizirajoč odnos do pacientov z duševnimi motnjami. Tudi za ostale medicinske sestre in osebje v zdravstvu, ki nimajo tolikšnega stika s pacienti z duševnimi motnjami, bi bilo potrebno organizirati več možnosti seminarjev na omenjene teme.

5 ZAKLJUČEK

Vzroki za duševno bolezen so preplet med biološkimi, genetskimi, psihosocialnimi dejavniki in lahko prizadenejo vsakega izmed nas. Duševne motnje posamezniku povzročajo težave; predstavljajo motnje na področju mišljenja, čustvovanja, vedenja, doživljanja in se kažejo kot različni telesni ter duševni simptomi. Poleg zdravstvenih problemov pa imajo osebe z duševno motnjo velike težave tudi s tem, da jih družba ne sprejema odprtih rok. Pregled literature kaže, da se zgodi ravno obratno: družba se jih izogiba, jih podcenjuje in jih prezira. Stigma do oseb z duševnimi motnjami izvira predvsem iz neznanja in napačnih predstav o duševni motnji. Stigmatizacija do oseb z duševno motnjo pa ni izražena le v širši javnosti, pač pa tudi pri strokovnih delavcih na zdravstvenem področju. Tudi ti jih pogosto stigmatizirajo s slabšalnimi pomeni in z njimi ne vzpostavijo terapijskega odnosa, ki je ključen za uspešno obravnavo. Menimo, da bi k zmanjšanju negativnih odnosov do oseb z duševnimi motnjami pripomogla uporaba raznih strategij, ki temeljijo na izobraževanju. Tako širšo javnost kot zdravstvene delavce bi bilo potrebno preko izobraževanj ozaveščati o negativnih vplivih, ki jih prinaša stigmatizirajoč odnos do oseb z duševnimi motnjami in jih spodbujati k strpnejšemu odnosu do njih.

6 LITERATURA

- 1 Kogovšek B, Škerbinek A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2002: 6-17.
- 2 Klavora Meden V. Ko duša nima kam. Preddvor: Narava, 2008: 118-132.
- 3 Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2009: 11-15.
- 4 Goffman E. Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete. Maribor: Aristej, 2008: 11-62.
- 5 Švab V. Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: ŠENT-slovensko združenje za duševno zdravje, 2009: 13-53.
- 6 Švab V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT-slovensko združenje za duševno zdravje, 2004: 16-100.
- 7 Švab V. Priročnik o shizofreniji. Ljubljana: Didakta v sodelovanju s ŠENT-slovensko združenje za duševno zdravje, 2006: 18-86.
- 8 Zaviršek D, Zorn J, Videmšek P. Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje. Ljubljana: Študentska založba, 2002: 214-215.
- 9 Razboršek V. Kako osebi po vrnitvi iz bolnice omogočiti izbiro pri načrtovanju aktivnosti v vsakdanjem življenju? V: Muršec M, ur. Psihiatrični utrinki: Drugi psihiatrični dnevi za zdravnike specialiste in specializante splošne in družinske medicine. Maribor: UKC Maribor, 2013: 85-86.
- 10 Peters K, Jackson D. Mothers experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *J Adv Nurs* 2008; 65(8): 62-71.
- 11 Liden M, Kavanagh R. Attitudies of qualified vs. student mental health nurses towards to an individual diagnosed with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2011; 68(6): 1359-1368.
- 12 Kuklec V. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 2010; 44(3): 195–201.
- 13 Callaghan P, Playle J, Cooper L. Mental Health Nursing Skills. New York: Oxford University Press, 2009: 16-17.
- 14 Tušek Bunc K, Kersnik J. Med psihiatrijo in družinsko medicino. V: Romih J, Žmitek A, ur. Meje psihiatrije. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2003: 85-92.

- 15 Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej, 2003: 13-181.
- 16 Erzar T. Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2007: 36-55.
- 17 Mrevlje GV. Znaki in simptomi duševnih motenj. V: Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Keltt, 2009 : 71-80.
- 18 Lamovec T. Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni stiski. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 2006: 18-37.
- 19 ZZV Celje, IVZ RS (2005). Stigma. Zakaj molčimo?
<http://www.zzv-ce.si/sites/www.zzv-ce.si/files/zakajmolcimo.pdf> <14.6.2014>.
- 20 Kores Plesničar B. Duševno zdravje in duševne motnje. V: Kores Plesničar B, ur. Duševno zdravje. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2011: 16.
- 21 Ziherl S, Dernovšek MZ. Diagnoza in klasifikacija duševnih motenj. Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S. Psihatrija. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2013: 95-99.
- 22 Smith L, Elliott C. Depresija za telebane. Ljubljana: Pasadena, 2010: 13-59.
- 23 Marušič A, Roškar S. Slovenija z samomorom ali brez. Ljubljana: DZS, 2004: 10-159.
- 24 Smith L, Elliott C. Premagovanje anksioznosti za telebane. Ljubljana: Pasadena, 2010: 9-30.
- 25 Levine J, Levine I. Shizofrenija za telebane. Ljubljana: Pasadena, 2012: 10-73.
- 26 Tomšič S, Kovše K, Roškar S, Kofol Bric M, Zorko M, Štokelj R. Duševno zdravje v Sloveniji. V: Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S, ur. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: IVZ RS, 2009: 20-33.
- 27 Meden Klavara V. Zgodovina slik v psihiatriji, zgodovina psihiatrije v slikah. V: Felc J, Meden Klavara V, Perme A, Perovšek B, Peternej D, Pišljari M, ur. Ustvarjalnost in duševne motnje. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2009: 62-79.
- 28 Musek J, Pečjak V. Psihologija. Ljubljana: Educy, 2001: 223-224.
- 29 Elder R, Evank K, Nizzete D. Psychiatric and Mental Health Nursing. 2nd ed. London: Elsevier, 2009: 92-93.
- 30 Artnik Knibbe T (2009). Ne boj se, ko zboli duša.
<http://www.dnevnik.si/clanek/1042277783> <15.6.2014>.

- 31 Kojič T (2009). Zasvojenost je bolezen. <http://www.viva.si/Zasvojenost/1465/Zasvojenost-je-bolezen> <9.7.2014>.
- 32 Corrigan WP, Waston CA, Byrne P, Davis KE. Mental illnes stigma: problrem of public health or social justice. *Soc Work* 2005; 50(4): 363-368.
- 33 Wrycraft N. Introduction to mental health nursing. New York: McGraw-Hill, 2009: 87-89.
- 34 Marušič A. Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo. V: Romih J, Žmitek A, ur. Meje psihiatrije. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2003; 45-50.
- 35 Chambers M, Guise V, Valimaki M, Rebelo BA, Scott A, Staniuliene V, Zanotti R. Nurses attitudes to mental illnes: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(3) : 350-362.
- 36 Caldwell MT, Jorm AF. Mental health nurses belifs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare proffesionals. *Aus New Zeal J Ment Health Nurs* 2001; 10(1): 42-54.
- 37 Gnezda S. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. V: Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Keltt, 2009: 14-18.
- 38 Gorše Muhič M. Terapevtska komunikacija. V: Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Keltt, 2009: 31-39.
- 39 M. Rungapadiachy. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy 2003: 287.
- 40 Tschudin V. Etika v zdravstvei negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy 2004: 9-10.
- 41 Clarke V, Walsh A. Fundamentals of mental health nursing. New York: Oxford University Press, 2009: 28-29.
- 42 Nolah P, Soares J, Dallender J, Thomsen S, Arnetz B. A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(4): 419-426.
- 43 Muna AK, Rahhal AA, Baker JA. The attitudes of menthal healt proffesionals towards patients with mental illnes in an inpatient setting in Palestine. *Int J Ment Health Nurs* 2010; 19(5): 356-362.
- 44 Nolah P, Brimblecombe N. A survery of the education of nurses working in mental health settings in 12 European countries. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(3): 407-414.

- 45 McCann TV, Deegan SL, Deegan J. Bachelor of Nursing students beliefs about prognoses and outcomes for people with schizophrenia: a longitudinal study. *Int J Ment Health Nurs* 2009; 18(1) 72-79.
- 46 Bayar MR, Poyrazac BC, Aksoy Poyraz C, Arikan MK. Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Isr J Psychiatr Relat Sci* 2009; 46(3): 226-230.